DIE ICH-ORGANISATION EKZEMKRANKER PATIENTEN

Eine empirische Untersuchung der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen von Patienten mit endogenem Ekzem

Ulrich Streeck

Disbui. Düsseldorf
1984

THE LIBRARY OF THE

Ulrich Streeck

DIE ICH-ORGANISATION EKZEMKRANKER PATIENTEN

Eine empirische Untersuchung der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen von Patienten mit endogenem Ekzem

Aus der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
der Universität Düsseldorf
Direktorin: Prof. Dr. Annelise Heigl-Evers

Habilitationsschrift
zur Erlangung der Venia legendi für das Fach
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf vorgelegt

INHALT Seite:

Vorbemerkung

Einleitung 1

A. Allgemeiner Teil 4

I. Zur Psychodynamik und Persönlichkeit von ekzemkranken Patienten 4

1. Endogenes Ekzem und emotionaler Konflikt 4

2. Das endogene Ekzem in der Theorie der Resomatisierung von SCHUR 16

3. Die "allergische Objektbeziehung" von Ekzemkranken 24

4. Klinische und testpsychologische Befunde zur Psychodynamik und Persönlichkeit von Patienten mit endogenem Ekzem 32

5. Zur familiären Umwelt ekzemkranker Patienten 37

II. Zur psychoanalytischen Ich-Psychologie 46

III. Die Funktionen der Ich-Organisation 59

B. Fragestellung der Untersuchung und methodisches Vorgehen 72

I. Fragestellung 72

II. Die Untersuchungsgruppe 78

III. Zur Untersuchungsmethode 84

C. Ergebnisse

I. Erwachsene Ekzemkranke 96

1. Die Patientengruppe 96

2. Die Ich-Funktionen 108

2.1 Objektbeziehungen 117

2.2 Narzißtische Gleichgewichtsregulierung 128

Seite:

2.3 Realitätsprüfung 132
2.4 Urteilsfunktion 137
2.5 Wirklichkeitssinn 141
2.6 Adaptive Regression im Dienste des Ich 143
2.7 Reizschwelle 147
2.8 Steuerung und Kontrolle von Affekten und Impulsen 148
2.9 Denkprozesse 151
2.10 Kompetenz 154
2.11 Synthese und Integration 158

3. Das Selbstbild der erwachsenen Ekzemkranken im Gießen-Test 161

4. Symptomauslösende und symptomverstärkende Situationen bei ekzemkranken Erwachsenen 173
4.1 Vergrößerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen 178
4.2 Verringerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen 179
4.3 Leistungsfordernde Situationen 181
4.4 Manifeste interpersonelle Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen 182
4.5 Körperliche Veränderungen 184

II. Ekzemkranke Kinder 189
1. Die Patientengruppe 191
2. Persönlichkeitsmerkmale ekzemkranker Kinder 197
3. Träume und Phantasien ekzemkranker Kinder 222
4. Zum Selbstbild der Eltern ekzemkranker Kinder im Gießen-Test 228
5. Zur Rolle der ekzemkranken Kinder in ihren Familien 240

Seite:

D. Zur Genese von Ich-Funktionsstörungen bei ekzemkranken Patienten 278

ANHANG

I. Anweisungen zur Einschätzung von Ich-Funktionen auf einer Sieben-Punkte-Skala (nach BELLAK, HURVICH und GEDIMAN 1973). 292

II. Gesichtspunkte zur Erfassung von Ich-Funktionen im Rahmen der tiefenpsychologischen Anamnese (nach BELLAK, HURVICH und GEDIMAN 1973). 346

LITERATUR 358

VORBEMERKUNG

Im folgenden wird über eine an der psychoanalytischen Ich-Psychologie orientierte Untersuchung von Patienten berichtet, die an einem endogenen Ekzem erkrankt sind. Diese Studie wurde zunächst von der Forschungsstelle für Gruppenprozesse der Universität Göttingen (damalige Leiterin: Prof. Dr. med. Annelise Heigl-Evers) und später vom Lehrstuhl und von der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Düsseldorf (Leitung: Prof. Dr. med. Annelise Heigl-Evers) entworfen und in der Zeit vom 1.4.1978 bis zum 31.3.1980 an der Abteilung für Fortbildung, Dokumentation und Forschung an der Fachklinik für psychogene und psychosomatische Erkrankungen in Tiefenbrunn (Niedersächsisches Landeskrankenhaus) in Zusammenarbeit mit der Hautklinik der Universität Göttingen durchgeführt.
Es liegt auf der Linie der Forschungsintentionen des genannten Lehrstuhls, bei psychosomatischen Erkrankungen das Ich des Patienten als Organ der Adaptation an die Realität auf Veränderungen hin genauer zu untersuchen.

EINLEITUNG

In der psychoanalytischen Psychosomatik hat das Krankheitsbild des endogenen Ekzems, das den klassischen psychosomatischen Erkrankungen zugerechnet wird, von jeher einen wichtigen Platz eingenommen. Zahlreiche Arbeiten zur psychoanalytisch-psychosomatischen Theorie gehen von kasuistischen Darstellungen von Patienten aus, die an einem endogenen Ekzem leiden.
Geht man jedoch der Frage nach, welche psychodynamischen Beteiligungsfaktoren es sind, von denen angenommen wird, daß sie entscheidend an der Entstehung, Auslösung und Chronifizierung des endogenen Ekzems beteiligt seien, trifft man in den verschiedenen Modellentwicklungen innerhalb der psychoanalytischen Psychosomatik auf Antworten, die ebenso kontrovers sind wie die ihnen zugrunde liegenden theoretischen Orientierungen heterogen.
Indessen zeichnet sich in den verschiedenen Antworten, die diese Frage im Rahmen derjenigen Modellentwicklungen der psychoanalytischen Psychosomatik gefunden hat, die sich eingehender mit dem endogenen Ekzem befaßt haben, doch eine Tendenz ab, die einer Entwicklung innerhalb der Psychoanalyse überhaupt parallel verläuft: die zunehmende Bedeutung der psychoanalytischen Ich-Psychologie.
Diese Entwicklung hin zur Ich-Psychologie soll anhand ausgewählter psychoanalytisch-psychosomatischer Theorieansätze nachgezeichnet werden, wobei sich die Auswahl auf diejenigen Modelle beschränken wird, die dem Krankheitsbild des endogenen Ekzems größere Beachtung geschenkt haben.

Die hier vorgelegte klinisch-empirische Untersuchung einer größeren Gruppe von ekzemkranken Patienten im Erwachsenen- und Kindesalter geht von jenen ich-psycho-

logischen Ansätzen aus, die sich in der Entwicklung der genannten psychoanalytischen Modelle zunehmend deutlich nachweisen lassen. Sie wird sich somit weder mit "der Psychodynamik des endogenen Ekzems" schlechthin befassen - falls davon überhaupt sinnvoll die Rede sein kann; noch wird und kann sie darauf aus sein, die Persönlichkeit ekzemkranker Patienten im Rahmen weitreichender psychoanalytischer Prozesse in allen Einzelheiten zu untersuchen.
Der Ansatz dieser Untersuchung ist dagegen durchaus einseitig. Die Arbeit stellt den Versuch dar, eine Gruppe von Patienten, die alle an einem endogenen Ekzem leiden, vorwiegend auf jene Komponenten und Funktionen hin zu untersuchen, die in der psychoanalytischen Strukturtheorie dem Ich zugerechnet werden.
Die Theorie der psychoanalytischen Ich-Psychologie ist nicht frei von ungelösten Problemen und Widersprüchen. Das Anliegen dieser Studie ist jedoch nicht theoretischer Art. Letzten Endes verfolgt diese Untersuchung ein durchaus praktisch-klinisches Anliegen: wenn sich zeigen sollte, daß ekzemkranke Patienten tatsächlich unter besonderen Störungen ihrer Ich-Organisation leiden, dann könnten an eben jenen Störungen psychotherapeutische Hilfsangebote gezielt ansetzen. Jene, aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychotherapeutischen Arbeitsansätze, die gerade für die Behandlung von ichgestörten Patienten entwickelt wurden, könnten dann gezielt auch zur Gesundung ekzemkranker Kinder und Erwachsener beitragen.

Im ersten Teil dieser Arbeit sollen diejenigen psychoanalytischen Theorieansätze diskutiert werden, in deren Rahmen auch dem Krankheitsbild des endogenen Ekzems größere Bedeutung beigemessen wurde. Dabei wird insbesondere nach Hinweisen darauf zu suchen sein, wie dort

die Beteiligung der Ich-Organisation ekzemkranker Patienten am psychosomatischen Krankheitsprozeß eingeschätzt wird.
Dem wird sich eine breitere Darstellung derjenigen in der Psychoanalyse untersuchten Komponenten der Ich-Organisation anschließen, die in die nachfolgende klinische Untersuchung der Patientengruppe Eingang gefunden haben.
Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen in zwei Teilen vorgestellt werden. Den Untersuchungsergebnissen erwachsener Ekzemkranker werden die Ergebnisse der Untersuchung einer kleineren Gruppe ekzemkranker Kinder nachgestellt. Die orientierende Untersuchung ekzemkranker Kinder verfolgt dabei das Anliegen, einige genauere Hinweise auf die Genese jener Störungen der Ich-Organisation zu finden, die sich zuvor bei den erwachsenen Patienten eventuell dargestellt haben.

Als zentrale und klinische Fragestellung dieser Untersuchung läßt sich somit formulieren, ob und ggfs. welche Störungen der Ich-Organisation bei einer umschriebenen Gruppe ekzemkranker Patienten zu finden sind.
Die Untersuchung ist von vornherein nicht so angelegt, daß von ihr schon in diesem Schritt weiterreichende Aufschlüsse hinsichtlich der in der psychoanalytischen Psychosomatik viel diskutierten Frage der "Spezifität" psychodynamischer Beteiligungsfaktoren zu erwarten wären. Allerdings verbindet sie sich mit der Hoffnung, daß die vorgelegten Ergebnisse der Untersuchung einer Gruppe von ekzemkranken Kindern und Erwachsenen in nächsten Schritten Untersuchungen zur Ich-Organisation anderer psychosomatisch Kranker nach sich ziehen, mit denen sie dann verglichen werden können.

A. ALLGEMEINER TEIL

I. Zur Psychodynamik und Persönlichkeit von ekzemkranken Patienten

1. Endogenes Ekzem und emotionaler Konflikt

Patienten, die an einem endogenen Ekzem leiden, werden im Verlauf eines psychoanalytischen Behandlungsprozesses umschriebene emotionale Konflikte zur Darstellung bringen. Dort wird sich zeigen, daß bei Ekzemkranken die Körperoberfläche und deren Darbietung in ausgeprägter Weise in den Dienst exhibitionistischen Gewinns gestellt werden; mit ihrer Hilfe sollen Aufmerksamkeit, Liebe und Bevorzugung erlangt werden. Die Darbietung des Körpers zum Zweck exhibitionistischen Gewinns wird vom Ekzemkranken gleichsam als Waffe im Konkurrenzstreben eingesetzt, ein Bestreben, das jedoch auf Über-Ich-Verbote trifft und schuldgefühlshaft abgewehrt werden muß. Der organische Ort exhibitionistischer Lustsuche ist zugleich der Ort von dessen Bestrafung: dem Talionsprinzip entsprechend wird die Haut als Werkzeug des Exhibitionismus zum Ort schmerzhafter Plage.
Dem Kratzen liegt ein feindseliger Antrieb zugrunde, der infolge von Schuldgefühlen von seinem ursprünglichen Ziel abgelenkt und gegen das eigene Selbst gelenkt wird.

Mit dieser Korrelation von organischen Hautveränderungen und unbewußten emotionalen Konfliktfaktoren kennzeichnet ALEXANDER (1951) den psycho-physischen Zusammenhang, der dem endogenen Ekzem zugrunde liegen soll.*)

---

*) ALEXANDER bezieht sich bei seiner "weitgehend spezifischen" Korrelation von Hautsymptomen mit sado-masochistischen und exhibitionistischen Zügen insbesondere auf MILLER (1948).

zuerkannte, sondern auch auf prägenitalen Organisationsstufen als wirksam annahm. So sprach FENICHEL in Zusammenhang mit den Symptom- und Krankheitsbildern wie Stottern, Tics sowie Asthma bronchiale von prägenitalen Konversionsneurosen:

> "Wir wollen darunter Neurosen verstehen, deren Symptome zwar wie die konversionshysterischen einen psychischen Konflikt zwischen infantilen, auf das Objekt gerichteten Sexualwünschen und gegen diese gerichteten Abwehrtendenzen ausdrücken; aber im Gegensatz zur Konversionshysterie sind die auf das Objekt gerichteten Sexualwünsche prägenital - anal- oder oral-sadistisch - und zielen auf Einverleibung des Objektes; auch scheint die ganze Neurose narzißtischer unterbaut als die Hysterie." (FENICHEL 1931, S. 153) *)

Gegenüber dieser Generalisierung des Konversionsmechanismus **) bezieht ALEXANDER (1951) mit seinem Konzept der vegetativen Neurosen entschieden Stellung. Der Konversionsmechanismus, so ALEXANDER, beschränkt sich auf Symptome im Bereich des willkürlich innervierten neuromuskulären und sensorisch-perzeptiven Systems; psychogene Symptome jedoch, die sich in vegetativen, autonom innervierten Organen manifestieren, können nicht in gleicher Weise Ausdruck unbewußter Konflikte sein:

> "Hysterische Konversionssymptome sind Ersatzausdruck - Abfuhrreaktion - von emotionaler Spannung, die keine adäquate Entlastung durch motorische Aktivitäten finden kann... Wichtig ist hier aber, daß die emotionale Spannung wenigstens teilweise durch

---

*) Noch weiter geht in diesem Zusammenhang GRODDECK (1972), der den Konversionsmechanismus in einem spekulativen Entwurf auf alle Formen von Körperstörungen zu generalisieren versuchte.

**) Zur Diskussion des Konversionsbegriffes in der psychoanalytischen Psychosomatik vgl. z. B. DEUTSCH (1959), THOMÄ (1963) und HAHN (1979).

Zur Erklärung solcher korrelativen Zusammenhänge von psychischem und somatischem Geschehen führt ALEXANDER Annahmen ein, mit denen er über das bis dahin vorherrschende Konversionsmodell deutlich hinausgeht.
Am Krankheitsbild der Hysterie, das noch CHARCOT für eine degenerative Erkrankung des Nervensystems gehalten hatte, hatte FREUD (1895) entdeckt, daß die oft bizarren Körpersymptome seiner Patienten mit innerpsychischen Konflikten in Zusammenhang zu bringen waren, die aus dem Bewußtsein abgespalten werden mußten und ihren Ausdruck in der somatischen Sphäre fanden. Das körperliche Symptom drückte als Körpersprache aus, was bewußt nicht kommunizierbar war und der öffentlichen Verständigung entzogen bleiben mußte. Der Körper und seine Organe werden danach vom hysterischen Patienten in den Dienst von Äußerungen dessen genommen, was das Bewußtsein des Patienten nicht akzeptieren kann. Das Körpersymptom drückt eine Mitteilung aus, deren Inhalt dem Patienten selbst verschlossen bleiben muß.
Den Mechanismus der Umsetzung der Erregungssumme einer "unverträglichen Vorstellung" ins Körperliche bezeichnete FREUD als Konversion. Der Konversionsmechanismus verhilft dem Patienten dazu, die "unverträgliche Vorstellung" aus dem Bewußtsein fernzuhalten, wenn auch um den Preis, daß sie auf der Ebene willkürlich innervierter Körperorgane als somatisches Symptom wiederkehrt, ohne in dieser Bedeutung dem symptomgestaltenden Subjekt durchschaubar zu sein:

> "Das hysterische Symptom ist der durch "Konversion" erzeugte Ersatz für die assoziative Wiederkehr dieser traumatischen Erlebnisse." (GW VII, 1908, S. 196).

FREUD setzte den Mechanismus hysterischer Symptombildung mit dem der Konversion gleich. Demgegenüber versuchte FENICHEL (1945) dessen Gültigkeit zu erweitern, indem er den Konversionsmechanismus nicht alleine der Hysterie

das Symptom selbst entlastet wird. Im Bereich der vegetativen Neurosen haben wir es mit einer andersartigen psychodynamischen und physiologischen Situation zu tun, obwohl es auch einige Ähnlichkeiten mit den Konversionssymptomen gibt. Hier sind die körperlichen Symptome nicht ersatzweiser Ausdruck einer verdrängten Emotion, sondern sie sind normale physiologische Begleiterscheinungen der Emotion. Zum Beispiel sind die emotionalen Zustände Wut und Furcht verbunden mit einem physiologischen Syndrom, das sich aus solchen vielfältigen vegetativen Prozessen zusammensetzt, wie der Stimulation des adrenalen Systems, der Mobilisierung von Zucker, der Blutdrucksteigerung, Veränderungen in der Blutverteilung, die vom Splanchnicusgebiet aus in den Muskeln, den Lungen und dem Gehirn bewirkt werden. Diese physiologischen Prozesse sind normale Korrelate von Wut und Furcht; sie entlasten die verdrängte Wut nicht, sondern sie begleiten sie. Sie sind Anpassungsreaktionen des Organismus auf bestimmte Anforderungen, mit denen er in gefährlichen Situationen konfrontiert wird: Kampf oder Flucht. Sie sind eine nützliche Vorbereitung und Anpassung der inneren vegetativen Prozesse für ein bestimmtes Verhaltensmuster, das vom Organismus verlangt wird. Der erhöhte Blutdruck oder die Zuckermobilisierung entlasten die Wut nicht im geringsten; diese Symptome treten nicht auf an Stelle der emotionalen Spannung; sie begleiten einfach die Emotion Wut; sie sind ein untrennbarer Bestandteil des Gesamtphänomens, das wir Wut nennen. Sie sind die systemische Reaktion des Körpers bei Wut. Allein die Chronizität einer emotionalen Spannung ist das, was einen solchen Zustand krankhaft macht... Der Unterschied zwischen einem Konversionssymptom und einer vegetativen Neurose liegt nun klar auf der Hand. Ein Konversionssymptom ist ein symbolischer Ausdruck eines genau definierten emotionalen Inhalts; ein Versuch zur Entlastung. Es wird durch das willkürlich innervierte neuromuskuläre oder sensorisch-perzeptive System gebildet, dessen ursprüngliche Funktion es ist, emotionale Spannung auszudrücken und zu entlasten. Eine vegetative Neurose wie die emotionale Hypertension ist kein Versuch, eine Emotion auszudrücken, sondern stellt die physiologische Begleiterscheinung eines konstanten oder periodisch wiederkehrenden emotionalen Zustandes dar." (ALEXANDER 1978, S. 50 f.)

Die pathologischen Hautreaktionen bei Patienten mit endogenem Ekzem sind in der Auffassung ALEXANDERs somit keine Ausdruckspänomene; sie stellen die beschriebenen unbewußten emotionalen Konflikte nicht dar. Gleichwohl sind solche Konflikte beim Ekzemkranken von pathogenetischer Bedeutung. Sie werden in umschriebenen Situationen mobilisiert, ohne bewußt verarbeitet werden und Ausdruck im Verhalten finden zu können. Als deren vegetatives Korrelat verbleiben pathologische Reaktionen im Bereich der Körperoberfläche, die sich als endogenes Ekzem darstellen.

Danach würde im psychoanalytischen Prozeß bei allen Ekzemkranken die gleiche unbewußte emotionale Konfliktkonstellation zum Ausdruck kommen. Diese Konfliktkonstellation gilt - gestützt durch somatisch determinierte Faktoren*) - für das endogene Ekzem als spezifisch:

> "Diese Art der Spezifität ist der in der Stereochemie vergleichbar. Die Bausteine der verschiedenen organischen Verbindungen sind dieselben Atome... sie sind jedoch in einer unendlichen Vielzahl von Strukturformeln gebunden, und jede Kombination stellt eine Substanz von höchst spezifischen Eigenschaften dar." (ALEXANDER 1951, S. 45)

Daraus ergibt sich zwanglos das Ziel der psychoanalytischen Therapie: diese besondere "Kombination... höchst spezifischer Eigenschaften" emotionaler Konfliktfaktoren soll bewußt erlebt werden, um in das Verhalten Eingang finden und in ihm abgeführt werden zu können. Gleichsam

---

*) Ein sogenanntes somatisches Entgegenkommen findet in fast alle psychoanalytisch-psychosomatische Modelle Eingang. Die Existenz der darin jeweils postulierten organischen Faktoren muß jedoch durchweg als unbewiesen gelten.

als Nebenprodukt würde sich dann die von der Chronizität korrelativer vegetativer Reaktionen unterhaltene Organsymptomatik auflösen. Am Endpunkt wären emotional-vegetative Gesamtreaktionen wiederhergestellt.
Die in dem dynamischen Konfliktschema für Ekzemkranke festgehaltenen emotionalen Faktoren könnten somit wieder in das Verhalten der Patienten aufgenommen werden. Reaktionen an der Haut würden gleichsam überflüssig.

Hinsichtlich der Frage nach der Konstitution des Ich ekzemkranker Patienten geben die Auffassungen ALEXANDERs keine Hinweise, zumal deren zentrale Grundannahme der psycho-physischen Koppelung von vorsprachlicher Affektivität und vegetativen Begleitreaktionen außerhalb des psychoanalytischen Strukturmodells formuliert ist.

Der pathogenetisch bedeutsame Konflikt ist ein neurotischer Konflikt, der sich aus ich-fremden Triebabkömmlingen und Über-Ich-Verboten bildet, in den das Ich alleine mit seinen zensurierenden Abwehrfunktionen eingeht. Das psychosomatische Krankheitsgeschehen scheint sich an dessen triebverarbeitender wie handlungs- und anpassungssteuernder Kapazität vorbei zu entwickeln. Wie auch immer dieser Strukturanteil beschaffen sei, für die Ausprägung des psychosomatischen Krankheitsbildes erscheint dies in der ALEXANDERschen Auffassung unerheblich.

Das Postulat eines aufs Engste verschränkten psychophysischen Parallelismus kennzeichnet auch die Grundannahme der psychosomatischen Modellvorstellungen SCHULTZ-HENCKEs (1927, 1940, 1951). Bei SCHULTZ-HENCKE sind es nicht Triebe im Sinne "unbearbeiteter Natur" wie in der Theorie FREUDs, die sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung entfalten, sondern hier sind es sog. Antriebe. In der FREUDschen Theorie werden Triebe im Vollzug der Sozialisation immer erst zu Bedürfnissen geformt; demgegenüber reduziert sich der Einfluß der Mutter auf den kindlichen Organismus in der Antriebslehre SCHULTZ-HENCKEs auf "Härte" und "Verwöhnung" schon differenzierter Antriebe, an denen unterschiedliche qualitative Elemente unterschieden werden; Wahrnehmungs-, Vorstellungs-, Gefühls-, Erregungs- und motorische Anteile gelten am Antrieb als jeweils schon entwickelt; sie sind mit leibnahen Funktionen - gleichsam als somatisches Äquivalent der gleichen Medaille - verbunden. Antriebe entfalten sich in den frühkindlichen Beziehungen zu den familiären Objekten und erfahren dort über hemmende oder verwöhnende Einflüsse ihr neuroseverursachendes Potential. Im Sinne der "Wiederkehr des Verdrängten" (FREUD) manifestieren sich die gehemmten Antriebe in Form von "Antriebssprengstücken" und mit ihnen deren somatisches Gleichzeitigkeitskorrelat.
Nach SCHWIDDER (1958, 1968, 1975), der auf den Konzepten SCHULTZ-HENCKEs aufbaut, entspricht die Persönlichkeitsstruktur psychosomatisch Kranker meist einer sog. Haltungsstruktur, die gekennzeichnet ist gleichsam von Resten der gehemmten Antriebe und deren charakterologischen Verarbeitungen.
Ohne daß SCHULTZ-HENCKE auf das Krankheitsbild des endogenen Ekzems im einzelnen einginge, korreliert er

Hauterkrankungen mit einer schizoiden neurotischen Persönlichkeitsstruktur (zum Spezifitätskonzept bei SCHULTZ-HENCKE vgl. JANUS 1979). Sie entwickelt sich auf der Grundlage einer Gehemmtheit intentionalen Antriebserlebens und deren Folgeerscheinungen. Die Beziehung der schizoiden Persönlichkeit zu ihrer Umwelt ist geprägt von Mißtrauen, Distanz und emotionaler Orientierungslosigkeit, von Unvertrautheit sowie von Verhaltensweisen, die einerseits schroff abweisend und zurückgezogen sind, andererseits von distanzlosen Annäherungen unterbrochen werden.
Zu pathophysiologischen Manifestationen am Hautorgan kommt es in umschriebenen sog. Versuchungs- und Versagungssituationen, in denen - insbesondere bei drohender Nähe - die gehemmten Antriebe mobilisiert werden. Wenn diese Antriebsdurchbrüche vorwiegend auf somatischer Ebene beobachtet werden, so - SCHULTZ-HENCKE zufolge - nur deshalb, weil die aufgrund der postulierten Gleichzeitigkeitskorrelation von seelischen und somatischen Aspekten zu unterstellenden psychischen Antriebselemente der Beobachtung nicht ausreichend zugänglich sind. In der mikropsychologischen, psychoanalytischen Untersuchungssituation lassen sich die intentionalen Gehemmtheiten und deren psychisch manifestierte Durchbrüche in entsprechenden Versuchungs- und Versagungssituationen in jedem Fall nachweisen:

> "Daß wir heute noch im Einzelfall oft nur das Seelische oder das Körperliche an der Symptomatik feststellen können, hat nur mit unserem Unvermögen und nichts mit den Tatbeständen zu tun. Eigentlich müßte jeder Antriebsdurchbruch, jedes verstümmelt manifest werdende Bedürfnis in seelischen wie auch in körperlichen Fakten faßbar sein. Nur praktisch ist dies nicht möglich." (ZANDER, ZANDER 1977; S. 466 f.).

Auf der Grundlage der Positionen von SCHULTZ-HENCKE unternimmt HEIGL-EVERS (1966) in einer ausführlichen kasuistischen Studie den Versuch, der Frage nach einer typischen Neurosenstruktur des Ekzemkranken näherzukommen. In Übereinstimmung mit den Beobachtungen von KRICHHAUFF (1955), die sich ebenfalls auf die Antriebslehre SCHULTZ-HENCKEs stützt, findet HEIGL-EVERS bei den von ihr untersuchen Ekzemkranken schwere Gehemmtheiten des intentionalen, des Zärtlichkeits- und des Hingabestrebens. Neben der von Mißtrauen geprägten Distanz der Umwelt gegenüber bestehen

> "sehr starke, wenn auch diffus-vage, relativ bewußtseinsnahe Sehnsüchte nach Kontakt, nach In-Fühlung-Sein, die einen ausgesprochenen Anspruchscharakter haben können der Art, daß der andere Mensch durch seine gefühlshafte Aktivität - durch Interesse, Einfühlung, Zärtlichkeit und Hingabe - bei dem Ekzemkranken das Erleben von Kommunikation, Verbundenheit und In-Fühlung-Sein bewirken soll." (HEIGL-EVERS 1966, S. 177).

Aufgrund solcher illusionären narzißtischen Erwartungen und Ansprüche kommt es zwangsläufig zu permanenten Gekränktheitsreaktionen mit daraus resultierenden destruktiven Rachetendenzen. Im Unterschied zu Patienten mit einer schizoiden Charakterneurose expansiver Prägung werden diese Rachetendenzen jedoch nicht agiert, sondern autoaggressiv gegen die eigene Person gewendet. HEIGL-EVERS bestätigt die Beobachtung von KRICHHAUFF, daß aufgrund der Enttäuschungs- und Gekränktheitsreaktionen die intentionalen Zärtlichkeits- und Hingabeimpulse in äußerst archaischer Form mobilisiert werden;so äußert einer der von HEIGL-EVERS beschriebenen Patienten die Phantasie, den anderen gewaltsam aufzureißen, um mit dessen Inneren in Verbindung sein zu können.
Neben der Wendung destruktiver Rachetendenzen gegen die

eigene Person sieht HEIGL-EVERS eine weitere Wurzel des endogenen Ekzems in den archaischen Restimpulsen des intentionalen, des Zärtlichkeits- und Hingabestrebens.

Gehemmtheiten des anal-retentiven und -aggressiven sowie des geltungsstrebigen Antriebserlebens und deren Charakterverarbeitungen wie Übergefügigkeit und übermäßige Hergabe- und Hilfsbereitschaften stützen die illusionären narzißtischen Erwartungen dieser Patienten in dem von ihnen erlebten Berechtigungsanspruch.

Wenn auch einer anderen theoretischen Auffassung verpflichtet, so entwirft HEIGL-EVERS doch in einem ähnlichen Zugang wie ALEXANDER ein dynamisches Konfliktschema, das - bei aller Zurückhaltung gegenüber Generalisierungsversuchen - den ekzemkranken Patienten kennzeichnen soll. Ebenso wie in dem Konzept SCHULTZ-HENCKEs ist die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur das Ergebnis von Folgeerscheinungen gehemmter Antriebsbereiche.

Obwohl SCHULTZ-HENCKE seine weitgehende Übereinstimmung mit den Positionen FREUDs betont, wird ein expliziter Bezug zumindest zur psychoanalytischen Strukturtheorie doch vermißt. Die hier im Vordergrund stehende Frage nach Hinweisen auf die Ich-Organisation von Ekzemkranken findet in diesem Entwurf deshalb keine eindeutig verwertbaren Antworten. Um dieser Frage im einzelnen jedoch nachzugehen, müßte der Versuch unternommen werden, die Antriebslehre SCHULTZ-HENCKEs und die darin implizierte Annahme verschiedener Anteile von Antrieben wie Wahrnehmung, Vorstellung, Gefühl, Erregung und Motorik mit Annahmen der psychoanalytischen Strukturtheorie zu vermitteln. Einschränkungen oder - in der Terminologie SCHULTZ-HENCKEs - Gehemmtheiten von An-

triebsbereichen wären auf Ich-Einschränkungen, denen sie in der Strukturtheorie zugerechnet werden müßten, hin abzubilden. Trotz dieser fehlenden Vermittlungsschritte zur psychoanalytischen Strukturtheorie läßt sich zumindest vermuten, daß in den Auffassungen SCHULTZ-HENCKEs, SCHWIDDERs und HEIGL-EVERS bei Ekzemkranken nicht mit einer generellen Einschränkung von Ich-Funktionen gerechnet wird; sie kämen bei Ekzemkranken lediglich umschrieben, als Folge gehemmter intentionaler Antriebserlebnisse zur Geltung.

Bei ALEXANDER leiden psychosomatisch Kranke letzten Endes an einer neurotischen Erkrankung, deren Manifestation sich durch einen nicht näher zu charakterisierenden organpathologischen "Faktor X" auf vegetativ innervierte Organe ausbreitet. Auch in der Auffassung SCHULTZ-HENCKEs bestehen zwischen neurotischem und psychosomatischem Krankheitsgeschehen keine grundsätzlichen Unterschiede; die von SCHULTZ-HENCKE postulierte Gleichzeitigkeitskorrelation von psychischen und organischen Funktionsabläufen reduziert das Problem des "geheimnisvollen Sprunges vom Seelischen ins Körperliche" auf eine einfache Parallelität psychischer und somatischer Faktoren. Die Annahme jedoch, daß allen seelischen Akten organisch-physiologische Mechanismen parallel laufen müßten, stellt eine spekulative Behauptung dar, die unbewiesen bleibt (vgl. POPPER, ECCLES 1977).
Beide Konzepte - das von ALEXANDER ebenso wie das von SCHULTZ-HENCKE - bewegen sich innerhalb der klassischen psychoanalytischen Neurosenpsychologie. Struktur und Funktion der intrapsychischen Organisation des Ich psychosomatisch Kranker unterscheiden sich prinzipiell

nicht von denen neurotisch Kranker; sie scheinen hinsichtlich der Bedingungen der Manifestation von Krankheit gerade an Körperorganen keinen determinierenden Einfluß zu haben.

2. Das endogene Ekzem in der Theorie der Resomatisierung von SCHUR

Finden sich weder in den Modellvorstellungen ALEXANDERs noch in denen SCHULTZ-HENCKEs explizite Hinweise auf irgendeine besondere Konstitution des Ich psychosomatisch Kranker, entwickelt Max SCHUR (1955) demgegenüber die neurosenpsychologischen Bedingungen für die Manifestation somatischer Symptome überwiegend auf ich-psychologischer Grundlage. Die Resomatisierungstheorie von SCHUR, die innerhalb der psychoanalytischen Psychosomatik nach wie vor ebenso umstritten wie von weitreichendem Einfluß ist, wurde im Rahmen einer Studie zur Psychosomatik von Hautkrankheiten entworfen, wobei psychodynamische Zusammenhänge beim endogenen Ekzem einen vorrangigen Platz einnehmen. Obwohl SCHUR selbst sich zu der Möglichkeit, seine aus der Untersuchung von Hautkranken extrapolierten theoretischen Annahmen für psychosomatische Krankheiten schlechthin zu generalisieren, weitgehend zurückhaltend äußert, blieb der Anwendungsbereich seines Modells innerhalb der psychosomatischen Medizin keineswegs auf Ekzem- bzw. Hautkranke beschränkt.
Die kasuistische Darstellung, von der SCHURs theoretische Formulierungen ihren Ausgang nehmen, befaßt sich mit einer jungen Frau, die an einem sehr schweren generalisierten endogenen Ekzem leidet, das sich erstmals im zweiten Lebensjahr manifestierte und einen schubförmigen Verlauf genommen hat. Aufgrund von Beobachtungen in der psychoanalytischen Behandlung dieser Patientin erfaßt SCHUR nicht nur allgemeine psychodynamische Bedingungen der Resomatisierung, sondern auch spezielle Manifestationsformen des endogenen Ekzems wie Juckreiz, Kratzen und spezifische Hauteffloreszenzen.

Sämtlichen, von ihm beobachteten psychodynamischen Hintergründen spricht SCHUR entschieden den Charakter von Spezifität ab. Damit stellt er sich in deutlichen Gegensatz zu ALEXANDER und weicht - ohne selbst auf diesen Autor Bezug zu nehmen - ebenso eindeutig von den Auffassungen SCHULTZ-HENCKEs ab:

> "Bei meinen eigenen Untersuchungen fand ich in keinem Falle so etwas wie eine Spezifität hinsichtlich des Persönlichkeitstypus, des Konflikts, der Abwehr gegen sexuelle Triebregungen bestimmter Phasen oder auch der Aggression und der gegen sie gerichteten Abwehr." (SCHUR 1955, S. 383).

SCHUR geht in seinem Modell der De- und Resomatisierung von der Beobachtung aus, daß der Säugling auf Störungen seiner psychobiologischen Homöostase Vorläufer von Angstreaktionen mit motorisch-unkoordinierter diffuser Spannungsabfuhr zeigt. Mit zunehmender Reifung und Strukturierung des seelischen Apparates - insbesondere des Ich - können Muskelaktionen zunehmend koordinierter abgewickelt werden, bilden sich Wahrnehmung und Realitätsprüfung aus, Gedächtnis- und Antizipationsfunktionen treten auf, und mit der Fähigkeit zum Impulsaufschub wird planendes Denken möglich; somatisch-vegetative Abfuhrprozesse treten im Verlauf dieses Entwicklungsprozesses in den Hintergrund zugunsten an die Strukturierung des Ich gebundener sekundärprozeßhafter Verarbeitungsformen von Reizen. Diese Entwicklungsprozesse sind insgesamt mit einer zunehmenden Desomatisierung von Reaktionen verbunden.

Nach HARTMANN (1939, 1950) sowie HARTMANN, KRIS und LOEWENSTEIN (1949) operiert das Ich mit zwei Modifikationsformen seelischer Energie, mit Libido und Aggression in nicht-neutralisierter Form einerseits, mit neutralisierter Energie andererseits. Die Neutralisierungsfähigkeit des Ich ist eine an seine Reifung gebundene Funktion. Aus der Verbindung mit dem HARTMANNschen Neutralisierungskonzept leitet SCHUR sein zentrales Theorem zur De- und Resomatisierung ab:

> "Meine Hypothese besagt nun, daß zwischen dem Vermögen des Ichs, auf Sekundärprozeß-Niveau zu operieren und Triebenergien zu neutralisieren, und der Desomatisierung von Reaktionsweisen eine wechselseitige Abhängigkeit bestehen muß. Damit verknüpft ist eine weitere Annahme, nämlich daß umgekehrt die Resomatisierung von Reaktionen mit einem Vorherrschen primärprozeßhafter Denkweisen unter Verwendung deneutralisierter Energieformen einhergeht." (S. 342)

Die mit der Reifung und Strukturierung des Ich einhergehende Desomatisierung von Reaktionen ist somit störanfällig; in angstprovozierenden Gefahrensituationen, die als innere - etwa als Triebgefahr - ebenso aktuell werden können wie als äußere Gefahren, kann es zu einer "physiologischen Regression" (SCHUR) kommen, in deren Verlauf es zu eben jenen Reaktionsvorläufern kommt, von denen der Desomatisierungsprozeß im Verlauf der Entwicklung seinen Ursprung genommen hatte. Ob dieser regressive Prozeß einsetzt oder nicht, hängt von der "Gesamtkonstitution eines Individuums" (SCHUR) ab. Sie wird von angeborenen und Umweltfaktoren sowie von dem Stand der von diesen Faktoren determinierten Es- und Ich-Entwicklung ebenso bestimmt wie von eventuellen Prädispositionen zur Angst. Störungen während der sich entwickelnden Desomatisierungsvollzüge im Verlaufe der frühkindlichen Entwicklung können im Sinne einer

"Ich-Schwäche" die Fähigkeit beeinträchtigen, Konflikte mit psychischen Mitteln zu lösen (vgl. auch von RAD 1979).

Aus diesen Überlegungen werden die Symptome des endogenen Ekzems erklärt. So tritt der Juckreiz bei der von SCHUR behandelten Patientin einmal als Äquivalent von Angst in Gefahrensituationen auf, in denen die aktuelle symptomauslösende Situation mit unbewußten Gefahrenquellen verbunden wird; dies führt zu einer ausgeprägten Ich-Regression. Angst und Angstquellen können nicht mehr auf Sekundärprozeßniveau bewältigt werden. Die regressive Rückkehr des Ich zu Operationsebenen, auf denen die Fähigkeit zur Neutralisierung verlorengeht, führt zur Stimulation juckreizverursachender pathochemischer und -physiologischer Mechanismen an der Haut. Auch nicht kontrollierbare feindselige Affekte können den Juckreiz provozierenden Mechanismus, durch den das Ich auf primärprozeßhafte Funktionsmodi zurückgeworfen wird, in Gang setzen.
Das Kratzen bei ekzemkranken Patienten läßt sich nicht hinreichend als Versuch erklären, den quälenden Juckreiz zu beseitigen:

> "Kratzen kann zu einer Art sexueller Befriedigung werden" (SCHUR 1955, S. 357),

wobei der Patient zur autoerotischen Phase der Hauterotik regrediert. Kratzen kann in den Dienst der Abfuhr sadomasochistischer Triebspannungen gestellt werden und den Charakter prägenitaler Masturbationshandlungen annehmen. In diesem Zusammenhang weist SCHUR auf die mangelnde Fähigkeit ekzemkranker Patienten zum Befriedigungsaufschub hin.
Die spezifischen Hauteffloreszenzen beim endogenen Ekzem können unter prinzipiell gleichartigen Bedingungen auf-

treten wie Juckreiz oder Kratzen. Deren Manifestation ist nach SCHUR nicht an spezifische emotionale Konfliktfaktoren gebunden. Entscheidend ist vielmehr die primärprozeßhafte Desintegration des Ich, das auf einen überfordernden Konflikt mit einer archaischen "Organhandlung" als Abwehrmaßnahme reagiert. In Anlehnung an den Terminus "Organsprache" von FREUD verweist SCHUR mit dem Begriff der "Organhandlung" darauf, daß auf der regressiv veränderten Operationsebene des Ich ein unlösbarer Konflikt wie eine am Organ manifestierte Handlung ausgetragen wird.

Die von ALEXANDER gezogene Trennlinie zwischen ausdruckshaften Konversionssymptomen und "ausdruckslosen" Symptomen der vegetativen Neurose wird von SCHUR relativiert. Die Haut als Ausdrucks- und Wahrnehmungsorgan kann im Rahmen der regressiven Zustände des Ich, die die Resomatisierungsprozesse begleiten, durchaus auch

> "...als Ausdrucksorgan für primitive Symbole des Denkens, Sprechens und Handelns dienen" (SCHUR 1955, S. 370),

ohne daß deshalb die Symptome des endogenen Ekzems identisch mit ausdrucksvollen Konversionssymptomen sein müßten.

Ekzemkranke leiden nach SCHUR somit unter schwerwiegenden Ich-Störungen, die bis zur "Atrophie" mancher Ich-Funktionen gehen können. Im Unterschied zum Ich von Psychosekranken ist das Ich von Ekzemkranken jedoch nur jeweils vorübergehend außer kraft gesetzt; es besitzt grundsätzlich Struktur und die Fähigkeit zur Restitution von Sekundärprozessen.

SCHUR kommt zu dem Ergebnis, daß die Patienten hinsichtlich fünf verschiedener Merkmalsgruppen Gemeinsamkeiten aufweisen:

"1. Diese Patienten weisen mannigfache neurotische Symptome und Charakterzüge auf.

2. Bezüglich ihrer Libidoentwicklung überwiegen narzißtische und prägenitale Triebkomponenten, wobei vor allem exhibitionistische Tendenzen mit intensiven Konflikten verbunden sind (und zwar eindeutig schon vor dem ersten Krankheitsausbruch!).

3. Es besteht ein weitgestreutes Muster von Ich-Funktionsstörungen (Angst, Aggression, Identifizierungen etc.).

4. Entsprechend der defizienten Libido- und Ich-Entwicklung dieser Patienten sind auch ihre Objektbeziehungen dürftig, vorwiegend von narzißtischen und prägenitalen Bedürfnissen her bestimmt und durch eine extreme Ambivalenz gekennzeichnet.

5. Alle diese Kranken haben ein ungewöhnliches Maß an frühkindlicher Traumatisierung erlitten."

(SCHUR 1955, S. 383 f.)

Werden diese Befunde denen von ALEXANDER und von SCHULTZ-HENCKE gegenübergestellt, fallen bei aller Unterschiedlichkeit der Erklärung somatischer Pathologie verschiedene Überschneidungen auf. So stimmt SCHUR mit der Beobachtung ALEXANDERs von der Konflikthaftigkeit exhibitionistischer Tendenzen bei diesen Patienten überein; der Faktor frühkindlicher Traumatisierungen findet sich sowohl bei ALEXANDER wie bei SCHULTZ-HENCKE wieder; die Fixierung auf prägenitale Stufen der Triebentwicklung schließlich ist auch in der Korrelation von endogenem Ekzem und schizoider Neurosenstruktur bei SCHULTZ-HENCKE impliziert.

Für die Desomatisierungsprozesse und damit die Manifestation von Krankheitsgeschehen am somatischen Ort als entscheidend gelten jedoch weder vegetative Begleitreaktionen emotionaler Konflikte wie bei ALEXANDER

noch deren als gleichzeitigkeitskorrelativ postulierte Funktionsstörungen wie bei SCHULTZ-HENCKE. Für SCHUR tritt das Ich dieser Patienten und dessen angst- und konfliktverarbeitende Kapazität in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Das "weitgestreute Muster von Ich-Funktionsstörungen" setzt diese psychische Organisation außerstande, mit angstprovozierenden Gefahrensituationen auf sekundärprozeßhaftem Anpassungsniveau umzugehen. Auf dem regressiven Funktionsniveau des Ich kommt es zu psycho-physischen Gesamtreaktionen im Sinne der Resomatisierung. Dieser Mechanismus bildet den psychischen Hintergrund der somatischen Läsion.
Die jeweils spezifische Konstitution psychischer Konflikte bleibt ohne Einfluß auf den psycho-somatischen Reaktionstypus; der prägenitale und narzißtische Charakter neurotischer Konflikte bei Patienten mit endogenem Ekzem ist als sekundär anzusehen gegenüber den Funktionsstörungen der Ich-Organisation. Nicht spezifische Konflikte bedingen die somatisch-ekzematösen Hautreaktionen, sondern Einschränkungen der konfliktverarbeitenden Kapazität des Ich jedweden neurotischen Konflikten gegenüber; erst dadurch kommt es zur Beteiligung somatischer Reaktionen im Sinne resomatisierter Gesamtreaktionen.

Das Theorem der Resomatisierung hat zwangsläufig Konsequenzen für die Therapie. Sie muß der regressiven Entdifferenzierung des Ich entgegenwirken. Hier zeigt sich der Unterschied SCHURs zu den Positionen von ALEXANDER und SCHULTZ-HENCKE mit der größten Bedeutung für den praktisch-therapeutischen Umgang mit den Kranken: nicht die Abfuhr von Affekten im Handeln ist therapeutisch anzustreben, sondern die antiregressiv wirkende Entwicklung des Ich, das in die Lage versetzt werden muß,

gegenüber der Gefahr der paralysierenden regressiven Resomatisierung Funktionen zu entwickeln, mit denen Konflikte auf reifem Funktionsniveau auf psychischer Ebene bewältigt werden können.

3. Die "allergische Objektbeziehung" von Ekzemkranken

Als MARTY die "allergische Objektbeziehung" erstmals 1958 ausführlich beschrieb, sah er diesen Typus von Objektbeziehung als besonders charakteristisch an für Neurodermitis- und Asthmakranke. Erst in späteren Arbeiten (vgl. MARTY 1969) und in Zusammenhang mit den psychosomatischen Untersuchungen insbesondere von FAIN, de M'UZAN und DAVID (1963; vgl. auch de M'UZAN 1978) verlor die "allergische Objektbeziehung" ihre bevorzugte Bedeutung für diese Erkrankungen und wurde von MARTY schließlich als ein Mechanismus der sog. globalen Regression innerhalb einer Gruppe pathologischer Desorganisationen aufgefaßt, bei denen mit psychosomatischen Manifestationen zu rechnen ist (vgl. STEPHANOS 1979; STEPHANOS, AUHAGEN 1979).
Die Objektbeziehungen dieser Patienten wurden als so charakteristisch angesehen, daß MARTY es für möglich hielt, auch ohne Kenntnis der somatischen Befunde die Diagnose der organischen Krankheit allein aus deren Merkmalen abzuleiten.
Die "allergische Objektbeziehung" beschreibt einen Objektbeziehungstypus, bei dem der Patient versucht, jeden Abstand zwischen sich und dem Objekt zum Verschwinden zu bringen. Der Patient vollzieht eine permanente Annäherungsbewegung:

> "Ein Allergiker hat nur einen einzigen fundamentalen Wunsch: die größtmögliche Annäherung an das Objekt bis zur Verschmelzung" (MARTY 1974, S. 421).

Die Annäherung ist eine Bewegung, an der das Subjekt aktiv beteiligt ist. Sie erfolgt in zwei zeitlich aufeinander folgenden Phasen - der "saisie" und dem "aménagement". Die "saisie" stellt sich als eine aktive

Inbeschlagnahme des Objekts dar; sie ist keine libidinöse Besetzung des Objekts, die dessen triebbefriedigenden Qualitäten folgt, sondern eine primitive und umfassende Inbesitznahme, bei der die Eigenexistenz des Objekts und seine ihm eigenen spezifischen Qualitäten aufgehoben erscheinen. Der Patient erscheint unfähig, Grenzen, die ihn vom Objekt trennen und unterscheiden, wahrzunehmen; Selbst-Objekt-Grenzen werden zum Verschwinden gebracht.
Um die Bedeutung, die das Objekt für den Patienten hat, zu kennzeichnen, spricht MARTY von einem "Gast- und Wirtsobjekt". Der Patient scheint sein Objekt in der gleichen Weise zu bewohnen wie das Objekt den Patienten. Der Atopiker braucht diese totale Annäherung an das und Verschmelzung mit dem Objekt.
Ein atopiekranker Patient kann die in Beschlag genommenen Objekte relativ leicht wieder aufgeben, vorausgesetzt, ein anderes Objekt bietet sich zur totalen Identifizierung an. Daraus läßt sich erkennen, daß das Objekt nicht zu einer stabilen, strukturbildenden Repräsentanz wird; Objektkonstanz und Trauer bei Verlust des Objekts werden deshalb nicht angetroffen.
Von außen besehen kann der Ekzemkranke zahlreiche und bewegte Beziehungen haben. Aufgrund dieser scheinbaren Buntheit können sie gelegentlich mit denen des Hysterikers verwechselt werden. Während der Hysteriker aber seine Abwehr verstärkt, wenn sich das Objekt ihm annähert, kommt diese Annäherung dem Atopiker eher entgegen.

Der "saisie" folgt das "aménagement", die Aneignung solcher Objekte, die über einen längeren Zeitraum hinweg in der Nähe des Atopikers verbleiben, wie etwa ein Therapeut in einer Behandlung, ein Partner oder eine Elternfigur. Die Aneignung des Objekts ist ein Prozeß,

der bildlich ausgedrückt als Arbeit angesehen werden kann, bei der sich das Subjekt sein "Gast- und Wirtsobjekt" so gestaltet, daß es dauerhaft darin heimisch sein kann. Der aktive Vorgang der Aneignung des Objekts dient dem Ziel, Unterschiede zwischen Subjekt und Objekt dauerhaft aufzuheben und die Identifizierung gleichbleibend zu sichern.
Diese unterschiedslose Angleichung geschieht mit Hilfe zweier Mechanismen: einmal mit Hilfe von Projektionen, die dazu führen, daß das Objekt mit den Eigenschaften des Subjekts versehen wird; zum anderen mit Hilfe identifikatorischer Aktivitäten, die dem Subjekt die Eigenschaften des Objekts verleihen.
Dem Prozeß der Aneignung des Objekts sind allerdings Grenzen gesetzt. Bei ihrer Überschreitung kann es für den Patienten zu einer Bedrohung seiner intrapsychischen Homöostase und zur Manifestation des psychosomatischen Symptoms kommen. Diese Grenzen der Aneignungsmöglichkeiten eines Objekts werden von den Ich-Idealen des Patienten bestimmt; nur solche Objekte vermag er sich anzueignen, deren Eigenschaften innerhalb dieser von seinem Ich-Ideal bestimmten Grenzen liegen.

Zur Symptommanifestation kommt es beim Atopiker vor allem unter zwei in ihrer Dynamik relativ spezifischen Ereignissen:
einmal dann, wenn das Objekt Eigenschaften zeigt, die mit den Ich-Ideal-Ansprüchen des Patienten unvereinbar sind und aufgrund derer er sich mit dem Objekt nicht mehr zu identifizieren vermag. Sie überschreiten, wie MARTY es ausdrückt, die plastischen Identifizierungsmöglichkeiten des Patienten. Zwischen Subjekt und Objekt bricht ein Graben auf, den der Patient nicht mehr übersteigen kann. Die identifikatorische Inbe-

schlagnahme und Aneignung des Objekts muß abrupt unterbrochen werden. Damit es dazu kommt, genügen minimale auslösende Ereignisse.
Die andere Klasse von Ereignissen ist dadurch gekennzeichnet, daß es zwischen zwei gleichzeitig vom Patienten besetzten Objekten zu Unverträglichkeiten kommt, wenn die Qualitäten, die das eine der angeeigneten Objekte aufweist, plötzlich mit denen des anderen nicht mehr zu vereinbaren sind. Die Patienten erleben solche Situationen als innere Zerrissenheit. Dieses Gefühl innerer Zerrissenheit ist Folge der gleichzeitigen totalen Identifizierung mit zwei Objekten, die innerlich nicht mehr miteinander zu vereinbaren sind. Der ödipale Konflikt bzw. Situationen, in denen der ödipale Konflikt reaktiviert wird, entspricht dem Typus von Situationen, in der zwei zugleich besetzte Objekte sich als miteinander unverträglich erweisen; sie stellen für den Ekzematiker eine nicht lösbare Bedrohung dar.
Distanzierungsbewegungen des ekzemkranken Patienten vom Objekt weg erscheinen bei genauerem Hinsehen nicht eigentlich als Abgrenzungsbewegungen; es sind partielle Entfernungen vom besetzten Objekt, die dazu dienen, die Wahrnehmung der als unverträglich erlebten Qualitäten des besetzten Objekts zu verwischen, um die nachfolgende, um so intensivere Wiederbesetzung des gleichen Objekts nur zu erleichtern.
Wenn ein Objekt eine unverträgliche Eigenschaft gezeigt hat, kann es gleichwohl wenig später, eventuell nach einer vorübergehenden Distanzierungsbewegung, vom Patienten wiederbesetzt werden, und die gleiche Unverträglichkeitsreaktion kann mit unverminderter Intensität erneut aufbrechen, wenn das Objekt wiederum die gleiche, sich als unverträglich erweisende Eigenschaft zeigt.

Die regressive Bewegung, die in den beiden Klassen von auslösenden Situationen eingeleitet wird, kann dann unterbrochen werden, wenn ein neues, zur Aneignung geeignetes Objekt von dem Patienten gefunden wird. Besteht diese Möglichkeit nicht, wird der regressive Prozeß gleichsam nur noch durch das organische Symptom aufgefangen.

Der Auffassung von MARTY zufolge wird dieser regressive Prozeß, der in der Manifestation des somatischen Symptoms endet, nicht alleine von der psychischen Ausstattung des Individuums bestimmt. Daneben bestehende pathophysiologisch bestimmte Fixierungsmechanismen, die bei Ekzemkranken humoral verankert sind und auf Störungen des pränatalen humoralen Austausches zwischen Foetus und Mutter basieren, sollen gleichsam als steuerndes Zentrum den Weg der psychosomatischen Regressionen bestimmen.*)

---

*) Das Konzept pathophysiologischer Fixierungsmechanismen steht in Zusammenhang mit einer insbesondere von MARTY entwickelten spekulativen Evolutionstheorie, die Annahmen FREUDs zum Verhältnis von Lebens- und Todestrieb erweitert. Von diesen Trieben abhängige des- und reorganisierende Prozesse sollen die Ich-Entwicklung sowie die psychosomatischen Fixierungsstellen konstituieren.
Da diese hier nur anzudeutenden Spekulationen die Gültigkeit der empirischen Befunde der sogenannten französischen Schule der Psychosomatik nicht beeinträchtigen, kann deren kritische Aufarbeitung in diesem Zusammenhang vernachlässigt werden (zur Kritik vgl. ZEPF 1982).

Zusammen mit DAVID, FAIN und de M'UZAN beschreibt MARTY eine Reihe von Befunden bei psychosomatisch Kranken, die diese Patienten in charakteristischer Weise von neurotischen Patienten unterscheiden sollen:
Unter dem Begriff der "pensée opératoire" wird ein primärprozeßhafter konkretistisch-instrumenteller Modus des Denkens bei psychosomatisch Kranken beschrieben, der in auffälliger Weise emotional verarmt erscheint und sich auf eine ohne inneren Zusammenhang dargestellte unpersönliche Wiedergabe faktischer Ereignisse beschränkt. Dieses Phänomen verweist auf eine mangelhaft entwickelte Vorstellungs- und Phantasiewelt, die auf einen Defekt in der Bildung psychischer Repräsentanzen zurückzuführen sein soll.
Die sogenannte Reduplikation kennzeichnet die Objektbeziehungen der Patienten; Objekte werden danach nicht in ihrer Eigenständigkeit und Individualität gesehen, sondern nach groben, undifferenziert und stereotyp erscheinenden Oberflächenmerkmalen klassifiziert, denen zufolge das Objekt lediglich als unkonturiertes Abbild der eigenen Person erscheint. Die Reduplikation wiederholt sich auch innerhalb der als "allergische Objektbeziehung"gekennzeichneten Beziehung des Ekzemkranken zu seinen Objekten und wird von den französischen Autoren als

> "... primitiver Abwehrmechanismus (aufgefaßt), der den Patienten mit psychosomatischer Pathologie vor Spannungen und Konflikten schützt..." (STEPHANOS, AUHAGEN 1979, S. 165).

Der "pensée opératoire" eng verhaftet ist die "inhibition fantasmatique de base" des psychosomatisch Kranken, eine Hemmung der Phantasietätigkeit, die sein psychisches Leben prägt und verarmt erscheinen läßt. Dieses Phänomen wiederholt sich in dem Mangel an Traumtätig-

keit und in "mechanistischen" künstlerischen Produktionen (STEPHANOS, AUHAGEN, 1979, S. 167).

> "In den charakteristischsten Fällen stellt man eine totale Abwesenheit von Tagträumen fest, sowie das totale Unvermögen, die geringste Traumaktivität im Gespräch wiederzugeben. Es handelt sich hierbei um einen für den Patienten so fremden Bereich, daß er überhaupt nicht versteht, warum er danach gefragt wird." (de M'UZAN 1978, S. 179).

Die von den amerikanischen Psychiatern NEMIAH und SIFNEOS (1970, 1975) unter dem Begriff der Alexithymie dargestellten Befunde decken sich weitgehend mit denen, die von den französischen Psychosomatikern als operatives Denken beschrieben werden.

MARTY u. a. formulieren ihre Befunde innerhalb des topischen Modells der Psychoanalyse, wobei sie die "pensée opératoire" psychosomatisch Kranker mit einem schwer vorstellbaren Fehlen des Vorbewußten in Zusammenhang bringen (vgl. STEPHANOS 1979; zur Kritik vgl. ZEPF 1982).
Zusammenhänge mit der psychoanalytischen Strukturtheorie werden explizit nur am Rande ausformuliert. Allerdings stellen sich mit der "allergischen Objektbeziehung" von MARTY sowie der "pensée opératoire" in der französischen Schule der Psychosomatik Befunde dar, die sich durchaus als Aussagen zur Ich-Organisation psychosomatisch Kranker auffassen lassen. Bezeichnet die "allergische Objektbeziehung" einen umschriebenen Objektbeziehungstypus, der auch für Patienten mit Neurodermitis als charakteristisch gilt, werden mit der "pensée opératoire" und den mit ihr verwandten, vorwiegend die Vorstellungs- und Denktätigkeit umfassenden Phänomenen

offensichtlich strukturelle, für die psychosomatische Pathologie kennzeichnende Ich-Defekte beschrieben.

Somit wäre bei ekzemkranken Patienten mit einem "automatistisch-mechanistischen" Modus des Denkens (STEPHANOS 1979), mit einem unkreativen, stereotypen und phantasiearmen psychischen Funktionieren, einer charakteristischen "Gefühlsblindheit", einem hohen Maß an entindividualisiertem Verhalten im Sinne des "man" sowie mit Objektbeziehungen zu rechnen, denen zufolge Objekte als entpersönlichtes Abbild der eigenen Person erscheinen.

4. Klinische und testpsychologische Befunde zur Psychodynamik und Persönlichkeit von Patienten mit endogenem Ekzem

Aus zugleich dermatologischer wie psychotherapeutischer Sicht hat RECHENBERGER (1976) verschiedene dermatologische Erkrankungen in Hinblick auf psychische Beteiligungsfaktoren untersucht. Das endogene Ekzem und insbesondere die psychotherapeutische Praxis im Umgang mit ekzemkranken Patienten in der dermatologischen Sprechstunde nimmt dabei einen wichtigen Platz ein (vgl. auch RECHENBERGER 1979).
RECHENBERGERs Befunde zum endogenen Ekzem beziehen sich theoretisch sowohl auf das Resomatisierungsmodell von SCHUR wie auf die Annahmen von ALEXANDER sowie MARTYs Konzept der "allergischen Objektbeziehung".
Der genetische Ursprung der als mangelhaft entwickelt angenommenen reiz- und konfliktverarbeitenden Ich-Funktionen dieser Patienten wird von RECHENBERGER in die Phase der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung lokalisiert*); dabei steht eine Störung der Fusion von "guten" und "bösen" Partialobjektrepräsentanzen (RECHENBERGER 1976[2]) sowie der motorischen Expansion innerhalb der oralen Entwicklungsphase im Vordergrund. Aus

---

*) Offen bleibt indessen, um welche Funktionen des Ich es sich dabei im einzelnen handelt. Es erscheint schwer vorstellbar, mit welchen seiner Funktionen das Ich bei der Verarbeitung von Reizen und Konflikten nicht beteiligt sein soll, so daß eine Beschreibung wie "mangelhafte Entwicklung reiz- und konfliktverarbeitender Ich-Funktionen" wenig spezifisch erscheint und die Struktur des Ich insgesamt umfassen dürfte.

dieser Verhaftung in einer symbiotischen Beziehung zum mütterlichen Objekt resultieren für den Ekzemkranken zwangsläufig Störungen der Entwicklung des Ich und seiner Funktionen.
Aufgrund von Beobachtungen des manifesten Verhaltens ekzemkranker Patienten ihrem Arzt gegenüber meint RECHENBERGER zwei Gruppen von Ekzemkranken unterscheiden zu können: zum einen Patienten, die in Begleitung ihres symbiotischen Objekts in der Sprechstunde erscheinen und ihre symbiotische Verstrickung als ihre selbstverständliche Lebensform erleben; demgegenüber empfinden diejenigen Ekzemkranken, die sich alleine in ärztliche Behandlung begeben, ihre symbiotische Dualunion als leidvolle Einengung, gegen die sie protestieren, ohne sich daraus indessen verselbständigen zu können. Diese Unterschiede in den Objektbeziehungen beider Patientengruppen korrelieren nach den Beobachtungen von RECHENBERGER mit einer unterschiedlichen Lokalisation der Hautsymptomatik.

Da RECHENBERGER ihre Beobachtungen gleichzeitig auf die Konzepte von ALEXANDER, SCHULTZ-HENCKE, SCHUR und MARTY bezieht, die teilweise weit auseinander liegende theoretische Standorte markieren, erscheint die theoretische Zuordnung ihrer Befunde bisweilen erschwert. Auf der anderen Seite gründen die Beobachtungen in breiten, zugleich dermatologischen wie klinisch-psychotherapeutischen Erfahrungen mit ekzemkranken Patienten. Neben der Bedeutung für den Umgang des Arztes in seiner praktischen Arbeit mit diesen Patienten gewinnen die Befunde ihr Gewicht aufgrund der klinischen Bestätigung von psychoanalytischen Untersuchungsergebnissen, die primär aus der Untersuchung einzelner Patienten in Langzeitanalysen gewonnen wurden.

Zusammenfassend lassen sich aus den Befunden von RECHENBERGER die folgenden pathognomonischen Merkmale von ekzemkranken Patienten festhalten:

- die Gruppe der ekzemkranken Patienten ist in sich heterogen;
- die Heterogenität der Patienten basiert auf zwei unterschiedlichen Typen von manifester sozialer Anpassung an die symbiotische Fixierung, die sich als Aufrechterhaltung manifester Übereinstimmung mit dem symbiotischen Objekt einerseits, als Kampf um Eigenständigkeit diesem Objekt gegenüber andererseits beschreiben lassen;
- die unterschiedliche Lokalisation der organischen Symptomatik korreliert mit diesen unterschiedlichen Anpassungsmustern;
- die Objektbeziehungen der Patienten haben symbiotischen Charakter;
- bei Patienten mit endogenem Ekzem bestehen deshalb breite Störungen ihrer Ich-Funktionen.

Zahlreiche Untersucher, die sich speziell mit dem Krankheitsbild des endogenen Ekzems befaßt haben, haben Hypothesen untersucht, die als Teilhypothesen in den verschiedenen psychosomatischen Modellen enthalten sind. Dabei fand insbesondere der Faktor unterdrückter Feindseligkeit bei ekzemkranken Patienten, der als Teilhypothese in dem ALEXANDERschen Konfliktschema enthal-

ten ist, besondere Beachtung.*)
So fand LEVY (1952) in den Protokollen der Rorschach-Tests von Patienten mit Neurodermitis deutliche Hinweise für unterdrückte Feindseligkeit. KEPECS, RABIN und ROBIN (1951) zufolge ist insbesondere die Beziehung der ekzemkranken Patienten zu ihren Müttern von einer Abhängigkeit geprägt, die deutlich feindselige Züge trägt. Auch CLEVELAND und FISCHER (1956) finden den Faktor abgewehrter Feindseligkeit sowohl in den Rorschach-Antworten wie in TAT-Protokollen von Neurodermitis-Patienten wieder. Ohne sich direkt auf ALEXANDER zu beziehen, finden sich vergleichbare Befunde schließlich auch bei GREENHILL und FINESINGER (1942), MAC LAUGHLIN, SHOEMAKER und GUY (1953), JORDAN und WHITLOCK (1972) sowie PÜRSCHEL (1976; vgl. auch BROWN 1967).
Folgerichtig gehen SEITZ (1953) und SCHOENBERG und CARR (1963) bei ihren kurz-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen von Ekzemkranken von der Vorstellung

---

*) Die sowohl theoretische wie methodische Heterogenität der im folgenden zusammenfassend referierten Arbeiten läßt nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der verschiedenen Ergebnisse zu. Insbesondere wären die einzelnen Untersuchungen unter dem Gesichtspunkt kritisch zu würdigen, in welchem psychodynamischen Zusammenhang der Befund unterdrückter Feindseligkeit jeweils gesehen wird.
Da die im folgenden referierten Arbeiten in den nachfolgenden Diskussionszusammenhang jedoch allenfalls am Rande eingehen werden, kann deren methoden- und theoriekritische Diskussion hier zurückgestellt werden.

ten ist, besondere Beachtung.*)

So fand LEVY (1952) in den Protokollen der Rorschach-Tests von Patienten mit Neurodermitis deutliche Hinweise für unterdrückte Feindseligkeit. KEPECS, RABIN und ROBIN (1951) zufolge ist insbesondere die Beziehung der ekzemkranken Patienten zu ihren Müttern von einer Abhängigkeit geprägt, die deutlich feindselige Züge trägt. Auch CLEVELAND und FISCHER (1956) finden den Faktor abgewehrter Feindseligkeit sowohl in den Rorschach-Antworten wie in TAT-Protokollen von Neurodermitis-Patienten wieder. Ohne sich direkt auf ALEXANDER zu beziehen, finden sich vergleichbare Befunde schließlich auch bei GREENHILL und FINESINGER (1942), MAC LAUGHLIN, SHOEMAKER und GUY (1953), JORDAN und WHITLOCK (1972) sowie PÜRSCHEL (1976; vgl. auch BROWN 1967).

Folgerichtig gehen SEITZ (1953) und SCHOENBERG und CARR (1963) bei ihren kurz-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen von Ekzemkranken von der Vorstellung

---

*) Die sowohl theoretische wie methodische Heterogenität der im folgenden zusammenfassend referierten Arbeiten läßt nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der verschiedenen Ergebnisse zu. Insbesondere wären die einzelnen Untersuchungen unter dem Gesichtspunkt kritisch zu würdigen, in welchem psychodynamischen Zusammenhang der Befund unterdrückter Feindseligkeit jeweils gesehen wird.
Da die im folgenden referierten Arbeiten in den nachfolgenden Diskussionszusammenhang jedoch allenfalls am Rande eingehen werden, kann deren methoden- und theoriekritische Diskussion hier zurückgestellt werden.

aus, daß den Patienten zum Ausdruck von Feindseligkeit in ihren aktuellen sozialen Beziehungen verholfen werden müsse, damit sich die Organsymptomatik zurückbilde. Therapeutisches Ziel ist dabei die Abfuhr von Affekten, derzufolge deren Ausdruck im manifesten Verhalten im Sinne einer "Triebabfuhr" als therapeutisch-wirksam anzusehen ist.
Hinweise auf die Struktur der Ich-Organisation dieser Patienten fehlen dabei durchweg, so daß meist unklar bleibt, wie weit dort Affektabfuhr der therapeutisch wirksame Faktor ist, oder ob nicht alleine - vom Funktionsniveau des Ich her gesehen -

> "... die Verbalisierung einer Ich-Regression entgegenwirkt." (SCHUR 1955, S. 390).

Weniger häufig wurden andere Teilhypothesen des ALEXANDERschen Konfliktschemas wie der Faktor abgewehrter exhibitionistischer Strebungen bei Ekzemkranken einer Überprüfung unterzogen (vgl. STOKES und BEERMAN 1940; MILLER 1948; CLEVELAND und FISCHER 1956).
Dabei wird durchweg die Grundannahme vorausgesetzt, nach der - in der ALEXANDERschen Formulierung - die Blockierung des Impulsausdruckes im aktuellen Verhalten zur vegetativen, korrelativ sich manifestierenden Organsymptomatik beitragen soll. Diese Blockierung würde danach aufgrund von Über-Ich-Verboten erfolgen. Die Symptomatik ginge dementsprechend auf einen dem neurotischen gleichartigen Konflikt zurück. Der Struktur des Ich und seinen Funktionen, deren Defekten, die in den Modellen sowohl von SCHUR wie der französischen Psychosomatiker betont werden, wird demgegenüber keine Bedeutung beigemessen.

5. Zur familiären Umwelt ekzemkranker Patienten

Bei der Frage nach dem lebensgeschichtlichen Ursprung psychogener Beteiligungsfaktoren am Krankheitsgeschehen des endogenen Ekzems fällt der Blick zwangsläufig auf die Familienumwelt des Ekzemkranken und seine Erfahrungen mit infantilen Objekten, von denen die psychischen Traumatisierungen ihren Ausgang genommen haben. Solche traumatisierenden Erfahrungen können von den besonderen Eigenschaften der Objekte selbst nicht unabhängig sein, werden doch die Interaktionen mit dem Kind wesentlich von ihnen selbst bestimmt.
Bei Untersuchungen, die sich auf die Familienumwelt Ekzemkranker beziehen,*) fällt jedoch auf, daß den infantilen Objekten und deren eigener Pathologie bezüglich der frühen Entwicklung des ekzemkranken Kindes bzw. des zu einem späteren Zeitpunkt an einem endogenen Ekzem erkrankenden Erwachsenen sehr unterschiedliche Bedeutung beigemessen wird. Hier stehen Vorstellungen, denen zufolge die entscheidenden pathogenetischen Einflüsse auf die sich in der kindlichen Entwicklung niederschlagenden Qualitäten der Objekte selbst zurück-

---

*) Nur am Rande sei hier auf einige demographische Befunde zum endogenen Ekzem hingewiesen, denen zufolge sich unter Ekzemkranken im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mehr Großstadtbewohner mit gehobener Schulbildung und höherer beruflicher Qualifikation finden sollen (PÜRSCHEL 1976; vgl. auch BORELLI 1967).
In einer Studie von HEIGL-EVERS, SCHNEIDER und BOSSE (1976) wird angedeutet, daß ekzemkranke Patienten in ihrer Familie möglicherweise häufig - faktisch oder funktional - an erster Stelle in der Geschwisterreihe stehen und ihre Mütter häufiger in sozialen Berufen tätig sein sollen.

geführt werden, anderen gegenüber, denen zufolge die spezifische Realität der Objekte - etwa des mütterlichen Objekts - nicht unabhängig vom phasenspezifischen Entwicklungsstand des Kindes gesehen werden können. Diese zuletzt genannte Auffassung wird der psychoanalytischen Erfahrung insofern gerechter, als psychische Struktur dort immer als das Ergebnis interaktioneller Erfahrungen aufgefaßt wird, die den jeweils besonderen psychobiologischen libidinösen Entwicklungsphasen des Kindes aufruhen.

Das Pendel der Gewichtung beider Faktoren - psychobiologischer Entwicklungsstand des Kindes auf der einen, Realität der infantilen Objekte auf der anderen Seite - schlägt jedoch auch hier einmal mehr zur Seite des reifenden kindlichen Organismus selbst aus, das andere Mal mehr zur Seite des prägenden Einflusses spezifischer Qualitäten der familiären Objekte. Werden die entscheidenden Fixierungspunkte der psychosomatischen Pathologie etwa in die Phase des foetalen humoralen Austausches zwischen Mutter und ungeborenem Kind zurückverlegt, wie dies in der Entwicklungstheorie insbesondere von MARTY der Fall ist, dann haben die besonderen realen Eigenarten des mütterlichen Objekts keinen entscheidenden pathogenetischen Einfluß auf die psychosomatische Pathologie selbst. Wird demgegenüber aber das psychosomatische Geschehen wie in dem Modell von ALEXANDER der intrapsychischen Abwehr von Triebimpulsen und damit letztlich Es-Über-Ich-Konflikten korreliert, dann stellt sich zwangsläufig die Frage nach den realen Eigenschaften der familialen Autoritätsobjekte, die sich phasenspezifisch als Über-Ich-Introjekte beim ekzemkranken Kind niederschlagen.

Je stärker die besondere Realität der frühkindlichen Objekte selbst betont wird, desto weiter gerät die in der psychoanalytischen Theorie festgehaltene Verinner-

lichung von Interaktionserfahrungen häufig aus dem Blick, deren jeweilige Besonderheit nicht nur von den infantilen Objekten selbst, sondern ebenso vom kindlichen Entwicklungsstand, seiner körperlichen Reife, seiner phasenspezifischen Partialtrieborganisation oder der Reife seiner Ich-Organisation bestimmt wird. Je nach kindlichem Entwicklungsstand trifft die Realität der infantilen Objekte das Kind demzufolge ebenso unterschiedlich, wie es selbst in seiner sozialen Umwelt unterschiedliche Antworten auf seine eigene Realität provoziert.

Diese Überlegungen finden in klinischen oder testpsychologischen Untersuchungen zur familiären Umwelt ekzemkranker Patienten nicht immer hinreichend Berücksichtigung. Aussagen zur Familienumwelt Ekzemkranker beziehen sich in der überwiegenden Mehrzahl auf die mütterlichen Objekte. Sie werden als ängstlich (ROGERSON 1974) oder diktatorisch (MILLER 1948) beschrieben, als emotionell unterentwickelt (vgl. BORELLI 1967) oder als kalt und gleichgültig (STERN 1955/56); sie lehnen ihre Kinder bewußt (WITTKOWER, RUSSEL 1953; de GRACIANSKY, STERN 1951, zit. nach BORELLI 1967; STERN 1955/56) oder unbewußt ab oder weisen ihre Kinder zumindest von sich zurück (MILLER, BARUCH 1950; WILLIAMS 1951; MARMOR et al. 1956; JACOBS et al. 1966). Die "Mutter als pathogener Faktor" beim endogenen Ekzem (OBERMEYER 1961) zeigt sich der Untersuchung von ROSENTHAL (1952) zufolge darin, daß die Mütter der ekzemkranken Patienten - einer Kontrollgruppe gegenübergestellt - ihren Kindern wenig emotionale Unterstützung anbieten, sie nicht beruhigen können und sie weitgehend ihren psychischen Belastungen überlassen.

Bei der Beschreibung solcher Merkmale von Müttern im Sinne pathogener Faktoren in der Entwicklung der ekzemkranken Kinder scheint bisweilen die Vorstellung leitend zu sein, daß eine wie auch immer abweichend sich verhaltende Mutter per se psychopathologische Folgeerscheinungen bei ihrem Kind hinterlassen müsse. Sie ähneln organmedizinischen Studien, die nach pathogenen Noxen als Krankheitsursachen forschen. Dabei wird leicht übersehen, daß nicht mütterlicher Pathologie per se pathogenetische Bedeutung zukommt, sondern daß es phasenabhängig im Kind sich niederschlagende Interaktionserfahrungen sind, die in diese Pathologie nur als einer von mehreren Faktoren zugleich eingeht. Unberücksichtigt bleibt dabei auch, daß nicht die gleichsam objektive Pathologie der infantilen Objekte, sondern deren kindlich-subjektive Erfahrungsniederschläge in die psychische Struktur des Kindes Eingang finden.

Der genannte Typus von Untersuchungen weist Parallelen mit der frühen FREUDschen Verführungstheorie in der Genese der Hysterie auf, die von der Entdeckung abgelöst wurde, daß nicht das objektive Ereignis, sondern die subjektive Phantasie des Kindes pathologieprägend ist.

Demgegenüber wurde von HEIGL-EVERS (1966) der Versuch unternommen, das frühkindliche Milieu erwachsener Ekzemkranker aus deren subjektiven Erfahrungsniederschlägen rekonstruktiv zu erfassen: es sei von Gefühlskargheit und einer kühlen Gesamtatmosphäre geprägt, von einem Mangel an freundlichem und zärtlichem zwischenmenschlichen Kontakt, Einengung bezüglich aggressiver Auseinandersetzungen und einer vor allem durch die Mütter vertretenen Familienideologie, derzufolge Kraft, Einsatz und Bemühung immer altruistisch zu sein haben

(vgl. auch HEIGL-EVERS, SCHNEIDER und BOSSE 1976). HEIGL-EVERS geht damit deutlich über Ansätze hinaus, die einen "mütterlichen Pathogenitätsfaktor" zu isolieren versuchen, indem das familiale Gesamtmilieu in die Beschreibungen aufgenommen wird. Allerdings wendet HEIGL-EVERS die im psychoanalytischen Prozeß sich darstellende subjektive Erfahrungswelt der Patienten zur objektiven Realität der Familiensysteme ohne die methodologische Problematik des Verhältnisses von subjektiver Erfahrung und objektiver Realität ausreichend zu bedenken. Tatsächlich geben ihre Beschreibungen die Repräsentanzenwelt als subjektive Erfahrungsniederschläge ihrer Patienten wieder, die nicht ohne weiteres zu quasi-objektiven Milieubeschreibungen verlängert werden können.

Nach wie vor verdienen die Untersuchungen von René SPITZ (1957) besondere Beachtung. SPITZ untersuchte in einer Anstalt für straffällige Mütter 200 Kinder vom Zeitpunkt der Geburt bis zu ihrem zweiten Lebensjahr. Bei einer bestimmten Gruppe von Kindern fiel ihm die Häufigkeit atopischer Dermatitiden auf, die sich in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres manifestierten. Nachdem SPITZ die Mütter dieser Kinder genauer untersucht und mit den Müttern der größeren Restgruppe nicht erkrankter Kinder im Sinne einer Kontrollgruppe verglichen hatte, kam er zu dem Ergebnis, daß für die Entwicklung des Ekzems zwei Faktoren verantwortlich seien: eine angeborene Disposition in Form einer erhöhten Reizempfindlichkeit im Sinne einer

allgemein erhöhten Reaktionsbereitschaft der Haut*) sowie eine angeborene Disposition. Bei den Kindern mit Dermatitis wurde die Acht-Monats-Angst nur in 15 % der Fälle beobachtet, bei der Vergleichsgruppe in 85 %. Das häufige Fehlen der Acht-Monats-Angst, die SPITZ als Indikator für das Erreichen des zweiten Organisators der Psyche auffaßt, mußte als Hinweis dafür angesehen werden, daß bei den Kindern eine Fehlentwicklung in den Objektbeziehungen sowie eine verzögerte Affektentwicklung vorlagen. Bei den Müttern der ekzemkranken Kinder fiel schließlich auf, daß sie sich manifest außerordentlich besorgt um ihre Kinder zeigten, um hinter dieser Haltung ihre Feindseligkeit und Ablehnung ihren Kindern gegenüber zu verbergen.

Die Befunde von SPITZ weisen mit dem Ausbleiben der Acht-Monats-Angst darauf hin, daß die Mutter für das Kind nicht zu einem libidinösen Objekt geworden, die Kinder zu diesem Zeitpunkt keine echte Objektbeziehung gebildet und die Besetzung nicht auf fest eingeprägte Gedächtnisspuren eines mütterlichen Objekts haben verschieben können (SPITZ 1972). Die Acht-Monats-Angst

---

*) Für diesen dispositionellen Faktor beim endogenen Ekzem sprechen auch psychophysiologische Untersuchungen, die darauf hinweisen, daß die Haut von Patienten mit dieser Dermatose abnorme Reaktionsbereitschaften zeigt und dazu neigt, auf verschiedenste Provokationen hin mit Juckreiz zu reagieren (vgl. z.B. KALZ et al. 1957; WEST, KIERLAND, LITIN 1961; BEERMAN 1962; KOCSARD, OFNER, BROE 1973; RAJKA 1975; vgl. auch die Übersichtsarbeiten von BORELLI 1967 und WHITLOCK 1980). Zur hereditären Komponente in der Ätiologie der atopischen Dermatitis vgl. u. a. EDFORS-LUBS 1971; CHAMPION, PARISH 1972; s. auch BORELLI 1967).

als Indikator für das Auftreten des zweiten Organisators der Psyche markiert im Normalfall einen entscheidenden Fortschritt der kindlichen Ich-Entwicklung, seiner perzeptiven und kognitiven Fähigkeiten, des Gedächtnisses, der Objektbeziehungen und der Affekte.

An die Befunde von SPITZ schließt sich die Frage an, ob das Fehlen der Acht-Monats-Angst bei den ekzemkranken Kindern Hinweis für eine Verzögerung eines synchronen Entwicklungsganges ist oder für eine asynchrone Fehlentwicklung mit unterschiedlichen Folgen für einzelne Funktionen des Ich (vgl. SPITZ 1972).*)

In der Familientherapie und -forschung innerhalb der psychosomatischen Medizin, die sich um Einbeziehung des gesamten Familiensystems in ihre Modellansätze bemüht, erscheinen Familien, in denen ein Mitglied an endogenem Ekzem erkrankt ist, meist nur im Zusammenhang einer allgemeinen Familienpsychosomatik, ohne dort einen hervorgehobenen Stellenwert einzunehmen; zusammen mit anderen Familien, in denen psychosomatische Erkrankungen vorkommen, werden sie in ihren strukturellen Gemeinsamkeiten beschrieben. Obwohl die aus den Ansätzen der Familienforschung und -therapie gewonnenen Befunde aufgrund ihres zur Psychoanalyse unterschiedlichen methodischen Zuganges nicht ohne

---

*) Nach SPITZ (1972) kann es durch eine Asynchronizität im Zusammentreffen von Reifungs- und Entwicklungsströmungen zu einer "asymmetrischen" Ich-Entwicklung kommen.

weiteres auf psychoanalytische Befunde einzelner Kranker zu beziehen sind, deuten sich hier doch einige Konvergenzen an, insbesondere zwischen familienstrukturellen Merkmalen psychosomatischer Familien und den Beschreibungen der "vie opératoire" in der französischen Schule der Psychosomatik.
Familien mit psychosomatischen Krankheiten werden als hochgradig starre, konfliktvermeidende Beziehungssysteme dargestellt, in denen die Familienmitglieder unbezogenen und emotional entleerten Lebensformen folgen; mit strengen Verhaltenskodizes müssen sie ihren jeweiligen status quo aufrechterhalten und sich gegenüber Anpassung erfordernden Veränderungen ängstlich abschirmen. Die Familienmitglieder scheinen in starkem Maße wechselseitig voneinander abhängig und in die Probleme des jeweils anderen bis zur Ununterscheidbarkeit des eigenen Selbst verstrickt zu sein. Verschiedenheiten werden in einer auf entindividualisierende Anpassung drängenden Pseudoharmonie erstickt. Die einzelnen Familienmitglieder können sich nicht als je eigene Individuen voneinander abgrenzen. Die Verinnerlichung abgegrenzter Objekte in der kindlichen Entwicklung wird damit erschwert. Zur Aufrechterhaltung der intrapsychischen Balance des einzelnen bleibt die reale Präsenz äußerer Objekte unabdingbar (vgl. u. a. RICHTER, STROTZKA, WILLI 1976; STIERLIN 1976; STIERLIN et al. 1976; WIRSCHING 1979; MINUCHIN, ROSMAN, BAKER 1981). In Konvergenz zu der von den französischen Autoren beschriebenen "pensée opératoire" stellt sich die Frage, wie weit diese Befunde auf intrapsychischer Ebene die stereotype, phantasiearme und starre Kommunikationsweise psychosomatischer Familien widerspiegelt.

Solche Zusammenhänge müssen jedoch solange spekulativ bleiben, wie es nicht gelungen ist, die Beobachtungs- und Theorieebene der Beziehungsdynamik von Familiensystemen mit der psychoanalytischen, Subjektivität erfassenden Beobachtungs- und Theorieebene zu vermitteln. Obwohl Familientherapie um ihre psychoanalytische Begründung bemüht ist (vgl. insbesondere STIERLIN 1972, 1975a, 1975b), stellen solche Vermittlungsschritte bisher ein noch ungeklärtes Problem dar.

II. Zur psychoanalytischen Ich-Psychologie

Verfolgt man die Beschreibungen psychischer Beteiligungsfaktoren am Krankheitsbild des endogenen Ekzems durch die verschiedenen Modellvorstellungen hindurch, wird die Verlagerung von Schwerpunkten in den pathogenetischen Auffassungen in mehrfacher Hinsicht deutlich: In ALEXANDERs Formulierungen des Konfliktgeschehens beim endogenen Ekzem stellt sich eine Auffassung dar, derzufolge der psychogene Mechanismus, der den somatischen Reaktionen zugrunde liegen soll, in seinen Grundzügen neurotischen Mechanismen im Sinne von Trieb-Über-Ich-Konflikten gleicht, erweitert um den Faktor vegetativer Reaktionsbereitschaften, die zu den neurotischen Mechanismen parallel konzipiert werden.

Diese prinzipielle Gleichartigkeit neurotischer und psychosomatischer Reaktionsformen wiederholt sich bei SCHULTZ-HENCKE, für den psychosomatische Reaktionen lediglich als Folge einer Verschiebung der Untersuchungsperspektive in den Blickpunkt geraten und sämtlichen neurotischen Mechanismen prinzipiell parallel verlaufen.

Pathogenetische psychodynamische Mechanismen bei psychosomatisch Kranken und insbesondere bei Patienten mit endogenem Ekzem unterscheiden sich in dieser Auffassung grundsätzlich nicht von denen neurotisch Kranker, es sei denn, durch eine Spezifität unbewußter Konfliktzusammenhänge, die das somatische Symptom unterhalten sollen.

Mit dem Resomatisierungsmodell von SCHUR tritt die Frage nach der Ich-Organisation psychosomatisch Kranker in den Blickpunkt des Interesses. SCHUR wendet sich mit seinem Modell von der Konzeption

spezifischer unbewußter Konfliktfaktoren ab. Unter Bezug u. a. auf die Ich-Psychologie von HARTMANN entsteht das psychosomatische Symptom in der Auffassung von SCHUR als Folge einer konfliktinduzierten weitgehenden Regression, der spezifische Ich-Störungen bei diesen Patienten zugrunde liegen sollen.

Demgegenüber erkennen die Autoren der sogenannten französischen Schule der Psychosomatik keinen direkten Zusammenhang zwischen neurotischem Konflikt und psychosomatischem Symptom. Beim psychosomatisch Kranken sollen stattdessen strukturelle Mangelzustände vorliegen, die in der "pensée opératoire" zum Ausdruck kommen und zu zwangsläufiger und unspezifischer Mobilisierung pathophysiologischer Mechanismen führen (vgl. STEPHANOS 1979; S. 220). Psychosomatisch kranke Patienten versuchen danach jegliche Spannungen zu vermeiden, weil ihnen die Ressourcen eines reifen Ich fehlen, mit denen solche Spannungen erst verarbeitet werden könnten. Konflikte müssen umgangen werden, weil sie zu diesen Spannungszuständen führen würden; kommt es zu Spannungen, dann sollen sie sich gleichsam ohne psychische Verarbeitung in Körpersymptomen niederschlagen.
Die strukturellen Mangelzustände werden von den Autoren mit Defekten in der Bildung psychischer Repräsentanzen in Zusammenhang gebracht; dort wird unter Bezug auf das topographische Modell der FREUDschen Theorie die Entwicklung des Vorbewußten als mangelhaft angesehen. Im Gegensatz zur Suche nach je spezifischen neurotischen Konflikten, die das besondere psychosomatische Symptom unterhalten könnten, wird in der französischen Schule der Psychosomatik behauptet, daß alle psychosomatisch Kranken weitgehende Gemeinsamkeiten aufwiesen. Von RAD (1980, 1981) spricht in diesem Zu-

sammenhang von einem neuen Paradigma in der psychosomatischen Medizin.

Unabhängig davon, ob die Entstehung der psychosomatischen Pathologie im Rahmen eines "homogenen Modells" neurotischer Mechanismen oder in Anlehnung an das "heterogene Modell" der französischen Autoren verstanden wird*), treten im Zuge der Entwicklung der verschiedenen psychoanalytischen Untersuchungsansätze in der Psychosomatik somit zunehmend ich-psychologische Faktoren und der Ich-Psychologie nahestehende Beschreibungen der psychosomatischen Persönlichkeit in den Vordergrund.

Die psychoanalytische Strukturtheorie mit der Unterscheidung der Instanzen Es, Ich und Über-Ich wurde von FREUD explizit 1923 mit der Arbeit "Das Ich und das Es" eingeführt und in der Folge u. a. von A. FREUD, ABRAHAM, FERENCZI, GLOVER, SPITZ, HARTMANN, KRIS, RAPAPORT, MAHLER und ERIKSON weiterentwickelt.**)

Um die komplexen Funktionen der seelischen Organisation des Ich zu veranschaulichen, bediente sich FREUD eines Bildes und verglich das Ich mit einem Mittler, der be-

---

*) Zur Unterscheidung homogener und heterogener Modelle in der psychosomatischen Medizin vgl. STEPHANOS 1979, S. 220.

**) Vgl. dazu ABRAHAM (1971), ERIKSON (1961, 1973), A. FREUD (1964), FERENCZI (1970, 1972), GLOVER (1968), HARTMANN (1939, 1972), KRIS (1951), MAHLER (1972), RAPAPORT (1970[2]) und SPITZ (1957, 1972).

müht ist, widersprüchlichen Dienstbarkeiten gerecht zu werden: einmal dem Es, dem psychischen Strukturanteil, der das Reservoir biologisch determinierter Triebkräfte umfaßt, die vom Ich abgewehrt, vom Bewußtsein ferngehalten, die modifiziert oder die zur Befriedigung zugelassen werden; zum anderen dem Über-Ich als dem seelischen Strukturanteil, dessen Werte, Ziele, Ideale, Ge- und Verbote das Ich mit den verschiedenen Mustern von Triebbefriedigung und des Handelns abstimmen muß; schließlich stehen dem Ich die Bedingungen der äußeren Realität gegenüber, auf die hin die inneren Trieb- und Über-Ich-Forderungen abgestimmt werden müssen.
Das Ich entwickelt sich unter dem Einfluß der Außenwelt aus einer ungeteilten Es-Ich-Matrix und wird nach seinen vielfältigen Funktionen bestimmt, die sich aus seiner Mittlerstellung zwischen Triebansprüchen, Ge- und Verbotsforderungen sowie der Außenwelt herleiten.

Die komplexen Anpassungsfunktionen der Ich genannten psychischen Organisation entwickeln sich sukzessive im Verlaufe der kindlichen Genese, bleiben aber beim erwachsenen Individuum störanfällig. Diese Tatsache der Störanfälligkeit des Ich drückt sich in der ich-psychologischen Literatur in einer Reihe quantifizierender und qualifizierender Begriffe aus wie Ich-Stärke bzw. Ich-Schwäche (FEDERN 1956), Ich-Einschränkung oder Ich-Erweiterung, Ich-Regression oder Ich-Versagen (vgl. auch JAPPE 1976). Gemeinsam ist diesen Begriffen, daß darin von einem Ich als von einer in toto veränderten bzw. sich verändernden Globalstruktur die Rede ist. Nach HARTMANN (1939) handelt es sich jedoch um eine der klinischen Realität unangemessene Sichtweise, wenn das Ich in diesem globalen Sinne nur in seinem Verhältnis zu seinen übrigen psychischen Instanzen gesehen wird; dabei wird die intrasystemische Ebene mit dem Verhältnis der einzelnen Funktionen des Ich zueinander ausgeklammert.

HARTMANN (1939) sowie HARTMANN, KRIS und LOEWENSTEIN (1964) differenzierten und erweiterten in der Folge mit ihrer Unterscheidung primär- und sekundär-autonomer sowie ihrer Beschreibung der organisierenden und synthetisierenden Funktionen des Ich die von FREUD begonnene deskriptive Erfassung von Ich-Funktionen, ein Ansatz, der in der Folge u. a. von ARLOW und BRENNER (1976) sowie BELLAK und Mitarbeitern (1969a, 1969b, 1969c, 1970, 1973) weiterentwickelt wurde.
In seiner Auseinandersetzung mit dem KRISschen Konzept der Regression im Dienste des Ich konnte BELLAK (1958) beispielsweise zeigen, daß dieser regressive Prozeß der Veränderung des Ich der klinischen Beobachtung zufolge nicht ausreichend genau beschrieben ist, wenn das unterschiedliche Ausmaß der regressiven Reaktion verschiedener Ich-Funktionen übersehen und das Ich als insgesamt regressiv sich verändernde Struktureinheit angesprochen wird. Tatsächlich betrifft nach BELLAK der regressive Prozeß bei den "Regression im Dienste des Ich" genannten Phänomenen nur einige der Funktionen des Ich, während andere statt regressiv zu entdifferenzieren sich einem optimalen Funktionsniveau nähern.

BELLAK und Mitarbeiter nahmen in ihre differenzierenden Beschreibungen verschiedener Funktionen der Ich-Organisation insgesamt 12 Funktionen auf.

Die dort ebenso wie bei ARLOW und BRENNER (1976) vorgenommene Betrachtung der Ich-Struktur nach ihren verschiedenen Funktionen gründet nicht auf einem neuen Konzept und soll keine erklärende Bedeutung beanspruchen. Die deskriptive Differenzierung verschiedener Ich-Funktionen hat jedoch gegenüber einer Beschreibung

des Ich im Sinne einer Globalstruktur den nicht zuletzt für die klinische Praxis wichtigen Vorteil, daß die unterschiedliche Beteiligung der einzelnen Funktionsbereiche des Ich am psychischen Krankheits- und Anpassungsgeschehen genauer erfaßt und auf der von HARTMANN geforderten intrasystemischen Betrachtungsebene exaktere Anhaltspunkte für das Wechselverhältnis von gestörten und kompensatorischen Funktionen des Ich liefern kann (vgl. auch BLANCK, BLANCK, 1978, 1980).

Aus vorwiegend genetischer Untersuchungsperspektive hat SPITZ die These FREUDs von der Interdependenz von Reifungs- und Entwicklungsfaktoren in der Ich-Entwicklung fortgeführt. SPITZ konnte mit den sukzessive sich etablierenden Organisatoren der Psyche, deren Indikatoren die Lächelreaktion des Säuglings, die Acht-Monats-Angst und das "Nein" sind, zeigen, daß mit den unterschiedlichen Stadien der Verinnerlichung des mütterlichen Objekts zugleich verschiedene Stufen der Entwicklung von Ich-Funktionen des Kindes einhergehen. Sie entwickeln sich im Zusammenhang mit kritischen Perioden in aufeinander abgestimmter Chronizität von Reifungs- und Entwicklungsströmungen. SPITZ folgert daraus, daß Störungen der Ich-Entwicklung sowohl auf Reifungs- wie auf Entwicklungsstörungen zurückgehen und sich in einer Asynchronizität im Zusammentreffen beider Faktorengruppen manifestieren können. SPITZ sprach in diesem Zusammenhang von "Gleichgewichtsstörungen der Ich-Entwicklung" im Sinne eines Ungleichgewichts in der Integration dieser verschiedenen ich-konstituierenden Faktoren (SPITZ 1972).

Diese These der Gleichgewichtsstörungen in der Ich-Entwicklung, die mit der Unterscheidung von entwicklungs- und konfliktbedingten Ich-Störungen in ähn-

licher Weise auch von A. FREUD (1969) vertreten wurde, hat in der psychoanalytischen Forschung bisher vergleichsweise wenig Resonanz gefunden. Domäne der psychoanalytischen Forschung sind neurotische Mechanismen, in denen das Ich als Folge unbewußter Konflikte "eingeschränkt" oder "regressiv verändert" ist, dabei aber potentiell einen Entwicklungsstand erreicht hat, auf dessen Grundlage die Aufhebung unbewußter Konflikte zugunsten deren bewußter Bewältigung die Funktionen des Ich gleichsam wieder freisetzen kann. "Gleichgewichtsstörungen der Ich-Entwicklung" sowie das Postulat intrasystemischer Konflikte von HARTMANN werfen jedoch die Frage auf, wie weit mit den konfliktbedingten Ich-Störungen nur ein Teil der für die psychoanalytische Therapie bedeutsamen Beeinträchtigungen des Ich und seiner Pathologien beschrieben sind. Wird der These der Integration sowohl reifungs- wie entwicklungsabhängiger Quellen des Ich gefolgt, ist zumindest prinzipiell mit Störungen nicht alleine als Folge von Konflikten zu rechnen, sondern zugleich aufgrund von Störungen solcher Komponenten, die konfliktunabhängig in die Entwicklung des Ich einfließen.*) Die Kenntnisse von konfliktunabhängigen Entwicklungsstörungen des Ich sind bisher jedoch noch weitgehend lückenhaft geblieben. Über Beeinträchtigungen nur umschriebener Funktionen des Ich in dessen Entwicklung, über konsekutive Störungen anderer Ich-Komponenten oder über kompensatorische Funktionsoptimierungen ebenso wie

---

*) Forschungsbemühungen haben hier u. a. bei Kindern angesetzt, die unter angeborenen oder frühkindlichen Schädigungen ihrer sensorischen Apparate leiden (vgl. dazu u. a. FREEDMAN 1981).

über sekundäre Störungen anderer psychischer Organisationen aufgrund primärer Ich-Entwicklungsstörungen lassen sich bisher noch kaum empirisch begründete Aussagen machen.
Dabei stellt sich die Frage, ob nicht die Auffassung des Ich im Sinne einer Globalorganisation und die Zurückweisung einer differenzierenden funktionalen Betrachtungsweise des Ich solche Forschungsbemühungen eher behindert hat. Im Zusammenhang mit der zunehmenden Bedeutung der Ich-Psychologie in der Erforschung psychosomatischer Erkrankungen könnten die genauere Analyse der interdependenten Entwicklung und Funktionsweise verschiedener Ich-Komponenten gerade auch für die psychoanalytische Psychosomatik indessen Gewinn versprechen.

Die funktionale Betrachtungsweise des Ich trifft in verschiedenen ihrer Aspekte vielfach jedoch auf kritische Ablehnung. Dabei ist hier nicht in erster Linie von einer Kritik die Rede, derzufolge Psychoanalyse ausschließlich gleichgesetzt wird mit einer Wissenschaft und Therapie, die sich alleine mit unbewußten seelischen Prozessen zu befassen hätte. Während unbewußte Funktionen des Ich noch als relevanter Gegenstandsbereich der Psychoanalyse anerkannt werden, sollen andere Funktionen dagegen, da nicht unbewußt, als für den psychoanalytischen Zugang zum Patienten vergleichsweise bedeutungslos abgetan werden. Der Begriff des Unbewußten erscheint dabei idealistische Konnotationen von "Tiefe" im Sinne relevanter Bedeutungsgehalte zu wecken, während bewußte Prozesse in pejorativer Abwehr einem Bereich des vergleichsweise "Oberflächlichen" zugeschlagen werden.

Schwerer als solche weitgehend irrationale Kritik, die die Bedeutung von Anpassungsleistungen des Ich ebenso verkennt oder zumindest geringschätzt wie die psychodynamischen Wechselprozesse bewußter Ich-Funktionen und unbewußter psychischer Prozesse, wiegen kritische Auseinandersetzungen mit der Ich-Psychologie, die sich insbesondere an den Konzepten der Autonomie des Ich von HARTMANN und RAPAPORT festmachen, die als ideologieverdächtig verworfen werden (vgl. FÜRSTENAU 1964; HORN 1970; BRECHT, DREWS 1975). Dieser Kritik zufolge, die hier nur angedeutet werden kann, nimmt die "Autonomie des Ich" einseitig

> "für bestehende Realitätsbedingungen gegen Bedürfnisbefriedigung" (BRECHT, DREWS 1975, S. 195)

Partei.

Im Begriff der Autonomie des Ich gegenüber der Umwelt bleibt die jeweilige historische Faktizität solcher Umweltbedingungen unberücksichtigt. Dies gilt gleichermaßen für das Konzept der Anpassung. Obwohl HARTMANN den Begriff der Anpassung ausdrücklich nicht im Sinne passiven Sich-Einfügens verstanden wissen will, kann er doch keine verallgemeinerbaren Kriterien dafür angeben, wann Affektionen des Ich als Folge übermächtiger, repressiver Bedingungen der sozialen Umwelt angesehen und wann sie auf eine mangelnde Autonomie des Ich zurückgeführt werden sollen, so daß die Entscheidung darüber jeweils zufällig bleiben muß. Folgerichtig enthält diese Unentscheidbarkeit die Gefahr, von zufälligen Bedingungen der äußeren Realität, wie traumatisch diese auch immer sein mögen, zu abstrahieren und Veränderungen der Ich-Organisation unter jedweden Umweltbedingungen einseitig diesem Ich als Mangel oder Störung anzurechnen. Daß HARTMANN sich auf eine "durchschnittlich zu erwartende Umwelt" zu beziehen versucht, führt aus diesem Dilemma nicht heraus; durch-

schnittlich zu erwartende Umwelten erweisen sich als Fiktion, da sie den historisch veränderbaren Charakter sozialer Realität außer acht lassen.
Theoretisch ist dieses Problem nach wie vor ungeklärt geblieben, zumal die Psychoanalyse bisher über keine Theorie des reifen Ich verfügt, die von dem Bezug auf kontingente Umweltbedingungen frei wäre. Eine solche Theorie, gäbe es sie, hätte allerdings den Vorteil, daß sie äußere Realität nicht auf "durchschnittlich zu erwartende Umwelten" reduzieren müßte, sondern daß umgekehrt die Repressivität äußerer Realitätsbedingungen auch an den Einschränkungen des Ich, das ihnen unterliegt, gemessen werden könnte.*)

Obwohl allem Anschein nach die kritischen Auseinandersetzungen mit der Ich-Psychologie HARTMANNscher Prägung eher lähmend gewirkt als weitere Forschungsbemühungen angeregt haben, können derartige theoretische Unklarheiten kein grundsätzliches Hindernis für die empirische ich-psychologische Forschung sein. Dabei bleibt auch zu berücksichtigen, daß sich das Konzept der Ich-Funktionen selbst nicht auf theoretischer Ebene bewegt und gegenüber der klassischen Konzeption des Ich keine grundsätzlich neuen metapsychologischen Aspekte einführt. Die nach seinen verschiedenen Funk-

---

*) Auf eine Auseinandersetzung mit denjenigen psychoanalytischen Arbeiten, insbesondere von KLEIN (1976), SCHAFER (1976) und KOHUT (1977), die die psychoanalytische Strukturtheorie grundsätzlich durch neue Paradigmen ersetzen wollen, kann hier nicht eingegangen werden. (Vgl. dazu jedoch ROTHSTEIN 1981).

tionen unterscheidende Betrachtungsweise des Ich verspricht somit vorerst alleine einen höheren Differenzierungsgrad für einen deskriptiven Zugang zur Erfassung dieser psychischen Organisation. Dabei muß die Gefahr in Kauf genommen werden, daß die beschreibende Differenzierung des Ich nach additiv aufgelisteten Funktionen leicht in die Nähe einer verdinglichenden Auffassung dieser seelischen Organisation gerückt werden kann, derzufolge das Ich einer komplexen technologischen Konstruktion zu ähneln scheint, die zahlreiche Aufgaben zu erfüllen hat, die nicht miteinander verbunden sind und die ihre lebensgeschichtlichen Bezüge verloren haben.
So kritisiert KLEIN (1976) den Klassifizierungsversuch von Ich-Funktionen von ARLOW und BRENNER u. a. dieses additiven Charakters wegen:

> "Has anything in the standard subject matter of university psychology laboratories been left out of this list of functions allegedly specific to the "ego"?" (S. 152)

und:

> "We quickly discover that there is little in ego theory to help us set limits on that is to be included, or that indicates any kind of hierarchy among the "functions"." (S. 152)

BELLAK und Mitarbeiter, auf die der bisher wohl umfassendste Versuch zurückgeht*), im Rahmen einer empirischen Studie von sog. Normalen, neurotisch kranken und schizophrenen Patienten die verschiedenen, von der

---

*) Weitere empirische Studien, in deren Rahmen die qualitative und quantifizierende Erfassung von Ich-Funktionen versucht wurde, wurden z. B. vorgelegt von KARUSH et al. 1964, GRINKER, WERBLE, DREYE 1968 oder BELLAK, ROSENBERG 1966.

psychoanalytischen Forschung bearbeiteten Funktionen des Ich zusammenzustellen, sind sich der Schwäche dieses Konzepts durchaus bewußt:

> "... we are dimensionalizing according to degree of adaptiveness (and of ego progression-regression) as a tentative empirical-theoretical approach that does not presume to here solved the underlying problems inherent in the concepts of ego strength, adaptation, and mental health." (S. 75)

Allerdings besteht bisher weder Einigkeit darüber, welche Funktionen dem Konstrukt des Ich zugerechnet werden sollen, noch darüber, wie Triebtheorie und Ich-Psychologie im einzelnen zu integrieren sind (vgl. KLEIN 1976). Der Status der von HARTMANN beschriebenen primär und sekundär-autonomen Funktionen des Ich ist in weiten Teilen ebenso ungeklärt wie die Frage der hierarchischen Strukturierung dieser psychischen Organisation.
Trotz aller metapsychologischer Unklarheiten bezieht sich die klinische psychoanalytische Praxis immer auch auf Konzeptualisierungen des Ich, in die zwangsläufig Vorstellungen zahlreicher Funktionen dieser Organisation eingehen, selbst wenn dies nicht immer explizit ausgeführt wird. Zentrale Faktoren des psychoanalytischen Prozesses setzen solche Funktionen voraus. Dies gilt für das freie Assoziieren ebenso wie für die therapeutische Wirkung von Einsicht. Einsicht baut auf komplexen Funktionen auf, die als Funktionen des Ich anzusehen sind (vgl. SANDLER, DARE, HOLDER 1973). Damit Einsicht in vormals unbewußte Konfliktzusammenhänge therapeutisch wirksam werden kann, bedarf es u. a. einer gewachsenen Angst-, Schuld- oder Schamgefühlstoleranz, einer stabilen Regression im Dienste des Ich ebenso wie der Fähigkeit zur differenzierenden Realitätsprüfung und synthetisch-integrativer Funktionen.

Die Methode des freien Assoziierens im psychoanalytischen Prozeß setzt in gleicher Weise ein Ich voraus, dessen verschiedene Funktionen sich auf einem vergleichsweise stabilen Operationsniveau bewegen; die adaptive Regression im Dienste des Ich, Binnenwahrnehmung und Phantasietätigkeit als Umgang mit ich-modifizierten Triebabkömmlingen sowie die Impuls- und Affektsteuerung sind Voraussetzungen für einen therapeutischen Prozeß, der sich der freien Assoziation bedient (vgl. BELLAK 1961).

Trotz zahlreicher offener Fragen, der sich die psychoanalytische Ich-Psychologie und das deskriptive Konzept der Ich-Funktionen gegenübersehen, zieht KLEIN aus seiner kritischen Auseinandersetzung keineswegs den Schluß, sich von den in ihr implizierten Fragen zurückzuziehen; im Gegenteil:

> "Rather, contemporary ego psychology is a reminder to psychoanalysis of theoretical tasks hardly begun." (S. 158)

III. Die Funktionen der Ich-Organisation

Die Ich-Funktionen, die in die vorliegende empirische Untersuchung ekzemkranker Patienten Eingang gefunden haben, wurden der Typologie von BELLAK, HURVICH und GEDIMAN (1973) entlehnt. Die Autoren haben auf der Grundlage der von ihnen gesichteten psychoanalytischen Literatur zwölf verschiedene Ich-Funktionen zusammengestellt, die wiederum nach insgesamt 32 Subfunktionen differenziert wurden. Es handelt sich dabei um die Komponenten der Realitätsprüfung, des Urteilens, des Wirklichkeitssinnes, der Impuls- und Affektsteuerung, der Objektbeziehungen, des Denkens, der Regression im Dienste des Ich, der Abwehrfunktionen, der Reizschwelle, der autonomen Funktionen, der Synthese und Integration sowie der Kompetenz.*)

Als Realitätsprüfung wird die Funktion des Ich sowohl der Wahrnehmung der für das Subjekt äußeren Realität wie der inneren Erfahrungswelt von Gefühlen, Bedürfnissen oder moralischen Werten bezeichnet. Dabei wird die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden zu können, der Realitätsprüfungsfunktion zugerechnet. Deskriptiv kann die Realitätsprüfung nach den Komponenten der "äußeren Realitätsprüfung", der "inneren Realitätsprüfung" oder "Binnenwahrnehmung" sowie der "Diskriminierungsfunktion" als zwischen innerer und äußerer Realität unterscheidender Funktion differenziert werden. Die Diskriminierungsfunktion genannte Fähigkeit des Ich entwickelt sich im Zusammen-

*) Eine genauere Definition der einzelnen Ich-Funktionen findet sich bei den Rater-Anweisungen im Anhang.

hang mit den Erfahrungen von unlustbeseitigenden Handlungen des mütterlichen Objekts dem Säugling gegenüber; mit ihnen beginnt der Säugling Vorläufer von Selbst und Nicht-Selbst, durch eigene Aktivitäten nicht zu beseitigende "innere" Störreize und außerhalb des eigenen Organismus zu lokalisierende Reizquellen zu unterscheiden, die geeignet sind, unlustvolle Erfahrungen zugunsten eines störungsfreien Zustandes zu beheben. Wie alle Ich-Funktionen unterliegen auch die Diskriminierungsfunktion und die Funktionen der äußeren und inneren Realitätsprüfung einem von den infantilen Objektbeziehungen abhängigen Entwicklungsprozeß, der im optimalen Falle dazu führt, daß diese Funktionen des Ich auch unter Konflikteinflüssen sich noch auf einem weitgehend stabilen Funktionsniveau bewegen. Die Mechanismen der Neurose können infolge von Abwehr- und Übertragungsprozessen zur Beeinträchtigung von innerer und äußerer Realitätsprüfung führen. In diesem Fall sind jedoch gleichsam nur ausgestanzte, mit dem pathogenen neurotischen Konflikt verknüpfte Realitätsbereiche betroffen; das Ich behält jedoch seine grundsätzliche Verfügbarkeit über diese Funktionen. Lediglich im Zuge der Involvierung in den neurotischen Konflikt kommt es zur umschrieben verzerrten Realitätswahrnehmung. Klinisch bietet sich dem Untersucher dabei ein anderes Bild, als wenn die Funktion der Realitätsprüfung insgesamt und unabhängig von umschriebenen neurotischen Konflikten beeinträchtigt ist.

Auch bei der Urteilsfunktion genannten Leistung des Ich lassen sich verschiedene Aspekte unterscheiden. So bezeichnet die Subfunktion der Antizipation die Fähigkeit, Folgen des eigenen Tuns voraussehen zu

können. Nur wenn diese Funktion nicht wesentlich gestört ist, ist der Handelnde vor möglichen körperlichen Gefahren, Schmerz oder Strafen als potentiellen Folgen seines Tuns geschützt.
Im alltäglichen Handeln wird diese symbolische "innere" Operation, mit der mögliche oder tatsächliche Konsequenzen eigener Absichten und des eigenen Tuns antizipiert werden, im allgemeinen wie automatisch und ohne bewußte Anstrengung vollzogen.
Demgegenüber beziehen sich die beiden anderen Komponenten der Urteilsfunktion auf verhaltenssteuernde Fähigkeiten des Ich. Entsprechend dem Ausmaß, in dem Verhaltensweisen ein Bewußtsein für mögliche Folgen dieses Verhaltens widerspiegeln, läßt sich von einer mehr oder weniger gut funktionierenden "folgeorientierten Verhaltenssteuerung" sprechen. Dies impliziert keine Aussage über die instrumentelle Effektivität manifester Verhaltensweisen, sondern bezieht sich alleine darauf, wie weit sich ein Verhalten quasi-automatisch ohne Bewußtsein des Handelnden für etwaige Folgen vollzieht wie im Falle des neurotischen Wiederholungszwanges, oder ob es mit Wissen um mögliche Folgen, gleich welcher Art diese im konkreten Fall sein mögen, gesteuert werden kann.
Unter dem Gesichtspunkt der mit "Verhaltensabstimmung" bezeichneten Funktion des Urteilens wird der Aspekt in den Vordergrund gerückt, wie weit emotionale und interpersonelle Qualitäten von Verhaltensmustern gesteuert zur äußeren Realität in Beziehung gesetzt werden können. Auch diese Komponente beinhaltet noch keine Bewertung manifester Verhaltensmuster, sondern meint alleine die Fähigkeit des Ich, Verhalten in Beziehung zur äußeren Realität gezielt steuern zu können, unabhängig davon, wie das tatsächliche Verhalten sich schließlich gestal-

tet. Trotz manifest gleichartiger Verhaltensweisen kann die Urteilsfunktion des Ich dabei unterschiedlich ausgeprägt sein. Gleichartige Verhaltensmuster können sich im einen Fall gleichsam blind und wie automatisch vollziehen, ohne daß ihr Träger zu deren bewußter und zielgerichteter Steuerung in der Lage wäre, während sie im anderen Fall vermittelt über urteilende Steuerung durch das Ich des Handelnden gestaltet werden.

Als Wirklichkeitssinn, dessen Entwicklung beim Kind erstmals ausführlich von FERENCZI (1913) beschrieben wurde, gilt eine Funktion des Ich, die eine Qualität des Erlebens der äußeren Realität wie der Realität der eigenen Person als wirklich und wie selbstverständlich gegeben gewährleistet. In Entfremdungs- und Depersonalisationserlebnissen manifestieren sich Störungen, in denen der Wirklichkeitssinn beeinträchtigt ist.
Es handelt sich bei dem Wirklichkeitssinn in besonderem Maße um eine Funktion des Ich, die in sich äußerst komplex erscheint und weiter zu differenzieren ist. Für die hier im Vordergrund stehenden beschreibenden Zwecke wird der Wirklichkeitssinn nach den Aspekten des "Sinnes für die Wirklichkeit der äußeren Realität" und des "Sinnes für die Wirklichkeit der eigenen Person und des eigenen Körpers" unterschieden.

Bei der "adaptiven Regression im Dienste des Ich" kommt es zu einer Senkung des Funktionsniveaus des Ich in umgekehrter Richtung seiner genetischen Entwicklungslinie. Die Fixierung des Bewußtseins an die Realität tritt zurück zugunsten des Eindringens von vorbewußten und vormals unbewußten Erfahrungsniederschlägen wie Phantasien oder Tagträumereien in das Bewußtsein. Derartige regressive Prozesse können ganz oder weitgehend

fehlen, andererseits jedoch auch so weitgehend erfolgen, daß der Bezug zur Realität verlorenzugehen droht. Die Fähigkeit des Ich zur regressiven Senkung seines Funktionsniveaus ist in beiden Fällen gestört.
Als Fähigkeit zur Regression im Dienste des Ich kann der flexible Wechsel zwischen einer als lustvoll erlebten regressiven Senkung des Ich-Funktionsniveaus im Sinne einer kontrollierten Regression und einer steuerbaren, jederzeit wiederherzustellenden Rückkehr auf ein reiferes Funktionsniveau bezeichnet werden.

Die Integration von Erfahrungen, zu denen es im Zuge solcher regressiven, primärprozeßnahen Funktionssenkungen gekommen ist, spielt bei schöpferischen und kreativ-problemlösenden Aktivitäten eine Rolle.
Für analytische Zwecke sollen im Hinblick auf die Regression im Dienste des Ich somit zwei Aspekte unterschieden werden: einmal die kontrolliert steuerbare regressive Senkung des Ich-Funktionsniveaus ("Regressionsfähigkeit") und zum anderen die anpassungsfördernde Integration regressiver Erfahrungsinhalte ("Kreativität").

Zu den Funktionen des Ich gehört die steuernde und kontrollierende Einflußnahme auf Triebimpulse und Affekte. Deren Ausdruck wird mit den Ansprüchen des Über-Ich und den Bedingungen der äußeren Realität abgestimmt. Abwehrmechanismen steuern den Zugang von Trieb- oder Über-Ich-Impulsen zum Bewußtsein. Darüber hinaus verleiht das Ich Impulsen und Affekten aber gleichsam noch eine Ausdrucksgestalt. Impulse und Affekte können das manifeste Verhalten weitgehend steuerungslos bestimmen wie im Falle des sog. acting-out; sie können andererseits, obwohl dem Bewußtsein zugänglich, rigide aus allen Verhaltens-

manifestationen ausgeschaltet bleiben; oder das Ich vermag Impulse und Affekte schließlich flexibel auf verschiedene soziale Situationen hin abzustimmen und zu steuern.
Die gezielte Steuerung von Impulsen und Affekten setzt eine verwandte Komponente des Ich voraus, nämlich die Fähigkeit, Impuls- und Bedürfnisspannungen zu ertragen und deren Befriedigung aufzuschieben ("Frustrationstoleranz").
Zur Funktion der "Impuls- und Affektsteuerung" wird somit einmal die Fähigkeit gerechnet, modulierenden Einfluß auf Bedürfnisspannungen zu nehmen und Impulsen und Affekten in subjektiv beabsichtigter, gesteuerter Form im Verhalten Ausdruck zu verleihen, zum anderen die darin vorausgesetzte Funktion der Frustrationstoleranz.

Im Rahmen der Psychoanalyse haben Denkprozesse - zumeist Gegenstand der akademischen Psychologie - insbesondere unter psychodynamischen Gesichtspunkten Aufmerksamkeit gefunden wie beispielsweise in ihrem Bezug zu den Abwehrmechanismen des Intellektualisierens oder Rationalisierens. Unter strukturellen ich-psychologischen Gesichtspunkten interessieren Denkprozesse insbesondere im Hinblick auf ihre anpassungssteuernde Funktion. In diesem Zusammenhang sind sie den sog. coping mechanisms (HAAN 1977) verwandt.
Von BELLAK und Mitarbeitern wurden drei unterschiedliche Aspekte der Denkprozesse in die Typologie von Ich-Funktionen aufgenommen, wobei jeder dieser Aspekte in Hinblick auf seine anpassungssteuernde Bedeutung bestimmt wird. Es handelt sich dabei einmal um die Bereiche "Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit", um Fähigkeiten zu abstraktem und konkretem Denken in

Hinblick auf deren anpassungssteuernde Leistung sowie drittens um sprachlich-kommunikative Fähigkeiten. Die Fähigkeit zu abstraktem und konkretem Denken sowie zum realitätsgesteuerten flexiblen Wechsel zwischen beiden Modi soll im weiteren als "Vorstellungsvermögen" bezeichnet werden; "Vorstellung" meint in diesem Zusammenhang ein kognitives Konzept, das sich je nach Abstraktionsstufe auf konkretistische Wiedergabe des faktisch Vorfindlichen beschränkt oder in der Abstraktion im verallgemeinernden Denken die bestimmten Aspekte der Realität im Unkonkreten auflöst.
Auch die Bereiche von Sprache und Kommunikation werden hier nur unter bestimmten, eingeschränkten Gesichtspunkten aufgenommen. Sie sollen in diesem Zusammenhang alleine bezüglich ihrer Indikatorfunktion für primär- bzw. sekundärprozeßhafte Modi des Denkens betrachtet werden, während deren linguistische ebenso wie kommunikationstheoretische Merkmale außer Betracht bleiben.

Die Funktion des Reizschutzes setzt sich aus einer passiv-rezeptiven und einer aktiv-adaptiven Komponente zusammen. Als passiv-rezeptive Komponente der Reizschwelle des Ich ist die Empfindlichkeit und Empfänglichkeit für von außen auf den Organismus auftreffende Reize wie auch für Reize, die ihre Quelle im Organismus selbst haben, anzusehen. Die aktive Komponente bezieht sich auf adaptive Reaktionen des Ich auf externe oder interne Stimuli hin und bezeichnet die Funktion des Ich, sich aktiv gegenüber Reizen in Beziehung zu setzen und abzuschirmen, um die intrapsychische Homöostase aufrechtzuerhalten.

Die synthetische Funktion des Ich wurde von HARTMANN (1939) den übrigen Ich-Funktionen hierarchisch übergeordnet. Sie bezeichnet die integrative Potenz des Ich, widersprüchliche intrapsychische Inhalte und Verhaltenselemente tolerieren zu können, zu vereinigen und zwischen ihnen zu vermitteln. Dazu gehören Leistungen des Ich wie

> "... the search for causality, the finding of connections, and the tendencies to simplify and to generalize." (BELLAK et al., S. 245).

In die synthetische Funktion des Ich gehen somit passive Faktoren auf der einen, aktive auf der anderen Seite ein: neben aktiv-integrativen Fähigkeiten des Ich, zwischen widersprüchlichen Erfahrungsinhalten aktiv zu vermitteln, steht die Fähigkeit, potentielle Widersprüche innerer oder äußerer Erfahrungsinhalte gleichsam auf sich nehmen zu können.

Mit dem Konzept "mastery-competence" (Kompetenz) beziehen sich BELLAK und Mitarbeiter insbesondere auf die Arbeiten von HENDRICK (1943) und WHITE (1963 ; vgl. auch HOFFMANN 1972). Kompetenz meint die Fähigkeit des Ich, seine potentiellen Ressourcen zur aktiven Anpassung mobilisieren und auf die äußere Realität Einfluß nehmen zu können. Nach WHITE kann "Kompetenz" nicht alleine auf bestimmte Abkömmlinge einer phasenspezifischen Triebentwicklung zurückgeführt werden, sondern ist auf jeder Stufe der psychosexuellen Entwicklung von Bedeutung im Sinne eines

> "... being effective in dealing with environmental demands, challenges, and requirements" (BELLAK et al., S. 262).

Von Kompetenz ist das Kompetenzgefühl im Sinne der subjektiven Einschätzung der eigenen Kompetenz zu unterscheiden. Das Kompetenzgefühl kann auf einer realistischen Einschätzung der tatsächlichen Kompetenz beruhen; zwischen Kompetenz und Kompetenzgefühl kann

andererseits eine mehr oder minder große Kluft liegen, wie dies bei depressiven oder manischen Patienten der Fall ist.

Bei den Objektbeziehungen werden vier Faktorengruppen unterschieden: der Aspekt der Reife von Objektbeziehungen beschreibt deren psychogenetischen Entwicklungsgrad sowie das Ausmaß, in dem infantile Beziehungen sich in aktuellen Beziehungen wiederholen; unter dem Aspekt der "Bezogenheit auf Objekte" wird die Art der Verbundenheit des Subjekts mit seinen Objekten beschrieben, die Nähe oder Distanz den Objekten gegenüber, die symbiotische oder narzißtische Beziehungsqualität oder das Ausmaß von Separation und Individuation; damit verwandt ist das Ausmaß, in dem Objekte als abgegrenzt und eigenständig erlebt werden auf der einen Seite, als Extensionen des Selbst auf der anderen; unter dem Aspekt der Objektkonstanz wird schließlich die Fähigkeit beschrieben, Beziehungen zu Objekten unabhängig von deren physischer Präsenz und trotz frustrierender Erfahrungen mit dem gleichen Objekt aufrechterhalten zu können.*)

---

*) Obgleich in der Psychoanalyse von zentraler Bedeutung, werden die Abwehrfunktionen des Ich, die das Bewußtsein vor dem Eindringen von Inhalten des Unbewußten schützen, hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt. Ebenso wie bei den primär autonomen Funktionen des Ich (vgl. HARTMANN 1939) zeigte sich, daß deren Diagnostik mehr als die der übrigen Ich-Funktionen zum einen breite klinisch-psychoanalytische Erfahrungen voraussetzt und zum anderen nur mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet auf der Grundlage des für diese Studie verfügbaren Datenmaterials zu erfassen sind.

Diese knappe Beschreibung der verschiedenen Funktionen des Ich verdeutlicht noch einmal eine Problematik, auf die bereits hingewiesen wurde. Die Begrifflichkeit der Ich-Funktionen scheint von lebensgeschichtlichen Bezügen weitgehend entleert zu sein und nurmehr einer verdinglichten, instrumentalisierten Auffassung der psychischen Organisation des Ich Vorschub zu leisten. Eine solche Auffassung, die einem sich in der Ich-Psychologie besonders drastisch darstellenden "szientistischen Selbstmißverständnis" der Psychoanalyse korrespondieren würde, wäre indessen verkürzt. Ungeachtet des nach wie vor ungeklärten metapsychologischen Status breiter Teile der Ich-Psychologie werden die hier als Ich-Funktionen beschriebenen Modi psychischer Aktivität als "generalisierte Ich-Ressourcen"(DÖBERT, NUNNER-WINKLER 1979) als das Ergebnis strukturierender Interaktionen der Sozialisationspersonen mit dem Kind aufgefaßt. Im Zuge dieser Interaktionen erwirbt das Kind neben der Repräsentanzenwelt zugleich zunehmend sich verallgemeinernde Regeln der erfahrungsbildenden symbolischen Strukturierung innerer und äußerer Reize.

FETSCHER (1981) hat in einer Diskussion der psychoanalytischen Konzepte des "Selbst" und des "Ich" vorgeschlagen, der Organisation des Ich jeglichen Repräsentanzencharakter abzusprechen und das Ich als quasisensorisches Organ aufzufassen, das an der Grenze von innerem und äußerem "Wahrnehmungsraum" lokalisiert ist. Objekt- und Selbstrepräsentanzen würden danach dem inneren "Wahrnehmungsraum" angehören und mit Hilfe der Funktionen des Ich erlebbar werden. Unter Bezug auf die KANTsche Erkenntnistheorie begreift FETSCHER das Ich als das Organ von Erkenntnis der

realen Welt, dessen Gesetzmäßigkeiten Erkenntnis erst ermöglichen und jeder Erfahrung vorausgehen.

In diesem Sinne wird das Ich mit seinen Funktionen im vorliegenden Zusammenhang als psychische Organisation aufgefaßt, die innere und äußere Reize aufnimmt und verarbeitet, in Bedeutungen transformiert, sie als bedeutungsvolle Elemente zueinander in Beziehung setzt, in eine hierarchische Ordnung bringt und in Handlungsentwürfe münden läßt.*) Diese Funktionen entwickeln sich in Interaktion mit den infantilen Objekten zu reizstrukturierenden und bedeutungsstiftenden Regeln zu den funktionalen Komponenten der "Ich" genannten Instanz.
Diese Auffassung läßt sich paradigmatisch an der "Diskriminierung" genannten Ich-Funktion, der differenzierenden Zuordnung von Reizen als "innere" oder "äußere" darstellen. "Diskriminierung" wird danach nicht als psychischer Operationsmodus verstanden, der Wirklichkeit abbildet, sondern als psychischer Interpretationsmodus, der im Verlaufe der kindlichen Entwicklung Wirklichkeit zunehmend erst konstituiert. Wenn der Säugling mit der Abwesenheit unlustbeseitigender Handlungen der Mutter zu Erfahrungsvorläufern dessen gelangt, daß es durch Aktivitäten zu beseitigende Reize einerseits, nicht zu beseitigende anderer-

*) Dabei wäre zu zeigen, daß Regelhaftigkeiten, nach denen sich solche bedeutungskonstituierenden Prozesse vollziehen, sich aus der Struktur von "Apparaten" selbst ebenso wenig erklären lassen, wie die Bedeutung visueller Sinneseindrücke vom Aufbau des visuellen Organs abzuleiten ist. Ihre Entwicklung vollzieht sich nicht quasi-biologisch, sondern sie sind selbst Niederschlag lebensgeschichtlich erworbener Interaktionserfahrungen.

seits gibt, dann konstituiert die mütterliche Praxis gegenüber dem Kind ein Interpretationsraster, mit dessen Hilfe Reize vom Säugling zukünftig als zum inneren oder äußeren Wirklichkeitssektor gehörig interpretiert werden können. Auf der Grundlage von Erfahrungen mit seinen infantilen Objekten erwirbt das Kind damit eine basale Regel, ein Schema, das es zukünftigen Erfahrungen anlegen und aufgrund dessen es eine geordnete und nach den Kategorien "innen - außen" schematisierte Wirklichkeit erst herstellen kann. Diese Kategorisierung und Schematisierung von Erfahrung nennen wir "Diskriminierungsfunktion" des Ich.

Das Ich entwickelt sich nicht nur als zunehmend komplexe Repräsentanzenwelt, sondern auch als ein zunehmend komplexeres System solcher wirklichkeitskonstituierender Regeln, von denen anzunehmen ist, daß sie untereinander in hierarchischer Ordnung verbunden werden. Gleichsam an der Spitze dieser Regel-Hierarchie stände der Komplex "synthetisch-integrativer Funktionen" als ein System von Regeln, mit dessen Hilfe unverbundene Bedeutungselemente zu Bedeutungssystemen höherer Ordnung zusammengeschlossen werden.
Das Ich wird somit statt als wirklichkeitserkennender Apparat als eine wirklichkeitsstiftende Organisation von Regeln und Schemata aufgefaßt:

- die Diskriminierungsfunktion zerteilt die Erfahrungswelt in eine "private" und "öffentliche", eine "innere" und "äußere";
- als Realitätsprüfung wird die Funktion von Erkenntnis der inneren und äußeren Wirklichkeitsfelder bezeichnet, wobei Erkenntnis in diesem Zusammenhang immer auch als wirklichkeitskonstituierender interpretativer Akt verstanden

wird. Realitätsprüfung und symbolisch vermittelte Interpretation von Realität können damit nicht als zwei voneinander getrennte psychische Funktionen aufgefaßt werden; Realitätsprüfung ist diese bedeutungsvermittelnde symbolische Konstituierung von Wirklichkeit, die als solche anerkannt werden muß (Wirklichkeitssinn);

- einer dritten Gruppe von Regeln lassen sich die Ich-Funktionen zurechnen, die zwischen "privater" und "öffentlicher" Sphäre, zwischen "innerer" und "äußerer" Realität vermitteln und beide Wirklichkeitsfelder intrapsychisch oder im Handeln verbinden (Impulssteuerung, Antizipation, Verhaltensabstimmung, Kompetenz, Kreativität);
- synthetisch-integrative Ich-Funktionen würden in einer solchen Hierarchie einen besonderen Status einnehmen als Regeln, die Konsistenz und Einheit isolierter Erfahrungsgehalte stiften.

Der Versuch, Ich-Funktionen als bedeutungsvermittelnde Regeln im Umgang mit innerer wie äußerer Natur aufzufassen, kann hier nicht mehr als vorläufig und fragmentarisch bleiben. Eine solche Auffassung könnte zwar instrumentalistischen Mißverständnissen gegenüber Ich-Funktionen vorbeugen, ohne indessen die theoretischen Unklarheiten der Ich-Psychologie auch nur im Ansatz zu lösen. Festzuhalten bleibt indessen die hier vertretene Auffassung, daß die Funktionen des Ich aus der Interaktionspraxis von Mutter und kindlichem Organismus erwachsen und sich als Regeln niederschlagen, nach denen aus einer diffusen Reizwelt eine symbolisch strukturierte Ordnung privater und öffentlicher Erfahrungen konstituiert wird.

B. FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG UND METHODISCHES VORGEHEN

I. Fragestellung

Die Fragestellung dieser Untersuchung orientiert sich an den zuvor knapp skizzierten ich-psychologischen Theorieansätzen innerhalb der psychoanalytischen Psychosomatik. Während diese Theorieansätze sich jedoch - da sie psychosomatisches Krankheitsgeschehen schlechthin erklären wollen - zwangsläufig auf ein breites Spektrum unterschiedlich sich manifestierender Krankheitsbilder beziehen müssen, beschränkt sich die hier vorgelegte Studie auf ein einziges Krankheitsbild, das endogene Ekzem. Dies erklärt sich aus der zugrunde gelegten Fragestellung. Unter Bezug auf die psychoanalytische Ich-Psychologie, die - wie gezeigt - in der Entwicklung psychoanalytisch-psychosomatischer Theoriebildung immer weiter in den Vordergrund gerückt wurde, soll der Frage nachgegangen werden, wie sich verschiedene Ich-Funktionen bei Patienten darstellen, die an einer Krankheit leiden, deren psychogene Beteiligungsfaktoren auch von organmedizinischer Seite kaum noch ernsthaft in Zweifel gezogen werden. Obwohl dabei keine theoretischen Aussagen überprüft werden sollen, könnte sie in Zusammenhang mit anderen Studien und entsprechend angelegten Nachfolgeuntersuchungen durchaus auch einen Teilaspekt zur Klärung der Frage beitragen, welches Gewicht ich-psychologischen Faktoren im psychosomatischen Krankheitsgeschehen beizumessen ist. Dies wäre dann um so eher möglich, wenn das endo-

gene Ekzem gleichsam nur als paradigmatische Psychosomatose zur Überprüfung von Hypothesen aufgefaßt würde, die sich auf psychosomatisches Krankheitsgeschehen schlechthin richten. Darüber hinaus könnte eine ich-psychologisch angelegte Untersuchung von Patienten mit endogenem Ekzem einen Beitrag zur Beantwortung der Frage liefern, ob die genannten Theorieansätze überhaupt den Tatsachen ausreichend gerecht werden, wenn sie sich zur Erklärung eines allgemeinen psychosomatischen Krankheitsgeschehens auf so verschiedene Krankheitsbilder wie diffuse Schmerzzustände oder Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis oder essentielle Hypertonie, Migräne oder endogenes Ekzem beziehen. Denn trotz zahlreicher Modellentwicklungen innerhalb der psychoanalytischen Psychosomatik kann durchaus noch nicht als entschieden gelten, daß sich psychosomatische Zusammenhänge bei unterschiedlichen Krankheiten auf derartige gemeinsame Modelle hin abbilden lassen. Beim derzeitigen Stand der Forschung muß offen bleiben, ob nicht Faktoren, die in dem einen psychosomatischen Modell an zentraler Stelle stehen, nur in der Dynamik einiger psychosomatischer Krankheiten von Bedeutung sind, während die anderen in wiederum anderen Theorieansätzen angemessener beschrieben werden.

Vergleichbare Bezüge zur psychsomatischen Theoriebildung können hier jedoch allenfalls nur Begleitergebnis bleiben und stellen nicht das Hauptanliegen dieser Arbeit dar. Hier soll statt dessen in erster Linie versucht werden, auf der Grundlage möglichst genauer und für die klinische Praxis handhabbarer Definitionen von Ich-Funktionen eine größere Gruppe von Patienten

mit dem Krankheitsbild des endogenen Ekzems nach dermaßen definierten ich-psychologischen Gesichtspunkten zu beschreiben. Würde sich zeigen lassen, daß bei dieser Patientengruppe mit schwereren Ich-Störungen zu rechnen ist, so wäre dies für den praktisch-therapeutischen Umgang mit ekzemkranken Patienten von nicht geringer Bedeutung: denn dann müßte sich zwangsläufig die Frage anschließen, ob die psychoanalytisch-psychotherapeutische Behandlung von ekzemkranken Patienten sich nicht eines therapeutischen Zuganges bedienen muß, der primär auf die Aufhebung solcher ich-strukturellen Störungen ausgerichtet ist.
Ob die im folgenden dargestellten Befunde für das Krankheitsbild des endogenen Ekzems oder gar für psychosomatische Krankheiten schlechthin als spezifisch anzusehen sind, kann und soll in diesem Zusammenhang nicht weiter verfolgt werden. Abgesehen davon, daß das hier gewählte klinisch-deskriptive Untersuchungsvorgehen eine Beantwortung dieser Frage nicht erlaubt, scheinen die Diskussionen innerhalb der psychoanalytischen Psychosomatik um Fragen der "Spezifität" insgesamt wenig fruchtbar geblieben zu sein (vgl. zuletzt THOMÄ 1981), indem sie häufig eher zur vorschnellen Beantwortung im Grunde ungelöst gebliebener, breit angelegter Probleme geführt, als die systematische Untersuchung einzelner Krankheitsbilder gefördert zu haben.

Die Untersuchung einer größeren Anzahl ekzemkranker Patienten nach Gesichtspunkten verschiedener Funktionen ihrer Ich-Organisation soll vervollständigt werden zum einen durch eine Beschreibung derjenigen psychosozialen Faktoren, die in Situationen zum Tragen kommen, in denen sich die Hautsymptomatik dieser Patienten manifestiert oder verstärkt hat; zum anderen soll das Selbstbild der gleichen Patientengruppe erfaßt werden.

Der zweite Teil dieser Untersuchung befaßt sich mit einer kleineren Gruppe ekzemkranker Kinder sowie deren Familien. Dieser Teil soll die ich-psychologische Untersuchung erwachsener ekzemkranker Patienten ergänzen. Sollten sich - so lautet die Überlegung, die der Anlage dieses Untersuchungsteils zugrunde liegt - bei erwachsenen Ekzemkranken ich-strukturelle Besonderheiten darstellen, so könnte eine ergänzende Untersuchung von ekzemkranken Kindern sowie von deren Familien möglicherweise Hinweise dafür liefern, welche Faktoren des familiären Lebenszusammenhanges sowie der interaktionellen Verflechtungen des kranken Kindes mit seinen bedeutsamen familialen Objekten die Entwicklung dieser ich-strukturellen Merkmale beeinflussen und beeinflußt haben. Anders als in der psychoanalytischen Therapie, in deren Rahmen die je subjektiven Erfahrungsniederschläge solcher Beziehungsmuster rekonstruiert und deren individuelle und das Handeln des Subjekts bestimmende Bedeutungsgehalte aufgearbeitet werden, soll hier versucht werden, einige vorläufige Hinweise zu gewinnen für mögliche Zusammenhänge zwischen subjektiven, strukturell verfestigten Erfahrungsniederschlägen, wie sie sich auf der Ebene von Ich-Funktionen bei erwachsenen Ekzemkranken darstellen würden, und zwischen Merkmalen des familiären Beziehungsfeldes ekzemkranker Kinder. Die vergleichsweise kleine Untersuchungsgruppe ebenso wie das vorwiegend kasuistisch beschreibende methodische Vorgehen werden es verbieten, hier - wenn überhaupt - über einige tentative Annahmen hinauszukommen. Dies würde jedoch in Übereinstimmung mit dem Ziel dieses Teiles der Untersuchung stehen: aus möglichst genauen klinischen Beschreibungen Hypothesen zu gewinnen, die im weiteren sowohl innerhalb der klinisch-psychotherapeutischen Praxis handlungsanleitend werden wie weiterer Überprüfung zugänglich sein können.

Die vorliegende Untersuchung wird sich somit in klinisch-deskriptivem Zugang mit den nachfolgend zusammengefaßten Fragestellungen befassen:

1. Welche ich-strukturellen Merkmale im Sinne von Ich-Funktionen finden sich bei den untersuchten erwachsenen Patienten mit endogenem Ekzem?
2. Gibt es bei diesen erwachsenen Patienten, die an endogenem Ekzem leiden, psychosoziale Faktoren, die für die Situationen charakteristisch sind, in denen sich die Hautsymptomatik verstärkt manifestiert?
3. Wie stellen sich diese erwachsenen ekzemkranken Patienten in ihrem Selbstbild dar?
4. Welche ich-strukturellen Merkmale finden sich bei ekzemkranken Kindern?
5. Wie stellen sich die Eltern dieser ekzemkranken Kinder in ihrem Selbstbild dar?
6. Weisen die Familien, in denen die ekzemkranken Kinder aufwachsen, psychosoziale Besonderheiten auf und gibt es Hinweise dafür, daß die ekzemkranken Kinder in ihren Familien besondere Rollen einnehmen?
7. Können aus einer zusammenfassenden Betrachtung der Untersuchungsergebnisse über ekzemkranke Kinder und ihre Familien einerseits, ekzemkranke Erwachsene andererseits genaue Hinweise auf genetische und familiendynamische Hintergründe für die Entwicklung evtl. vorliegender ich-strukturller Auffälligkeiten bei ekzemkranken Patienten entnommen werden?

Die Bearbeitung der genannten Fragestellungen ist zum einen als Beitrag zur Klärung der Frage zu verstehen, ob sich eine differenzierende psychoanalytische Diagnostik der Ich-Struktur von Patienten zur klinisch-kasuistischen Diagnostik bei psychosomatisch Kranken eignet und diese verbessern kann, zum anderen als Bemühung, gezielte, die organisch ausgerichtete Behandlung von Patienten mit endogenem Ekzem ergänzende psychotherapeutische Maßnahmen für den Fall zu finden, daß mit ich-strukturellen Auffälligkeiten bei ekzemkranken Kindern und Erwachsenen zu rechnen ist.

II. Die Untersuchungsgruppe

In die Untersuchung sollten 30 erwachsene Patienten und 15 Kinder sowie deren Familien einbezogen werden, bei denen die Krankheitsdiagnose "endogenes Ekzem" aufgrund einer fachärztlich-dermatologischen Untersuchung gesichert war. Die Größe der Untersuchungsgruppe wurde vor Beginn der Studie zwar willkürlich festgelegt, erschien jedoch naheliegend angesichts des erheblichen, für die Untersuchung jedes einzelnen Patienten notwendigen Zeitaufwandes sowie aufgrund der vorliegenden Informationen über die zu erwartende Anzahl ekzemkranker Patienten, die innerhalb eines umschriebenen Zeitraumes in der Universitäts-Hautklinik behandelt werden würden, in Zusammenarbeit mit der diese Untersuchung durchgeführt wurde.
Klinische Erfahrung legte nahe, die Gruppe der ekzemkranken Kinder von vornherein kleiner als die der erwachsenen Patienten zu wählen. Da nicht nur die Kinder selbst, sondern möglichst auch deren Eltern in die Studie einbezogen werden sollten, war einer psychoanalytischen Untersuchung gegenüber mit kumulierenden Widerständen zu rechnen. Diese Widerstände würden um so schwieriger zu überwinden sein, als die Studie in einer organmedizinisch ausgerichteten Klinik durchgeführt werden würde, in die die Eltern ihre Kinder zur organischen Behandlung einer Hauterkrankung gebracht hatten, nicht aber, um sich selbst auf "Gespräche" einzulassen, in denen ihnen ein reflexives Bewußtsein ihrer eigenen Persönlichkeit gegenüber abverlangt würde. Zudem war hier zu berücksichtigen, daß die Untersuchung der Kinder wie ihrer Familien weit größeren zeitlichen und organisatorischen Aufwand erfordern würde, als die der ekzemkranken Einzelpersonen im Erwachsenenalter.

Die Untersuchung wurde in enger Zusammenarbeit mit der Hautklinik der Universität Göttingen (Prof. Dr. Dr. K. Bosse) durchgeführt.
Es sollten Patienten in die Untersuchungsgruppe einbezogen werden, die ab Beginn der Studie*) in ambulante oder stationäre Behandlung der Hautklinik ausschließlich wegen eines endogenen Ekzems kommen würden. Nicht in das Kollektiv aufgenommen werden sollten dagegen Patienten, bei denen entweder die Diagnose "endogenes Ekzem" noch unsicher war, oder die neben dem endogenen Ekzem noch wegen anderer dermatologischer Erkrankungen behandelt werden mußten.
Darüber hinaus waren bei der Zusammenstellung der Patientengruppe weitere einschränkende Voraussetzungen zu berücksichtigen, ohne die die Realisierung der Studie von vornherein gefährdet sein würde. So könnten von denjenigen Patienten, die die Poliklinik der Universitäts-Hautklinik zur ambulanten Behandlung aufsuchen würden, nur jene auf eine Teilnahme an der Untersuchung hin angesprochen werden, die entweder in der näheren Umgebung ansässig waren und denen - falls erforderlich - zugemutet werden konnte, zu einem oder mehreren weiteren Terminen eigens für diese Untersuchung in die Klinik zu kommen, oder bei denen abzusehen war, daß sie die Ambulanz der Klinik zur Behandlung ihrer Dermatose ohnehin mehrfach würden aufsuchen müssen.

Allen Patienten, die unter den genannten Voraussetzungen für die Untersuchung in Frage kamen, wurden Sinn

---

*) Die Erhebungen wurden in der Zeit zwischen Mai 1978 und Oktober 1979 durchgeführt.

und Zweck der Studie sowie der voraussichtlich erforderliche Zeitaufwand vorab erläutert, wobei zugleich deutlich gemacht wurde, daß von einer Mitarbeit kein unmittelbarer therapeutischer Nutzen zu erwarten sein würde. Dieser Hinweis erschien im Interesse der Patienten notwendig, um zu verhindern, daß unerfüllbare Erwartungen und Hoffnungen bezüglich der Therapie ihrer oftmals chronifizierten und allen Behandlungsversuchen gegenüber resistenten Hautsymptomatik geweckt würden, die dann in keiner Weise erfüllt werden könnten.*)

Es kann somit nicht die Rede davon sein, daß es sich bei der untersuchten Gruppe ekzemkranker Patienten um ein "Zufallskollektiv" handelt. Allerdings würde eine solche Forderung bezüglich der Auslese des Patientenkollektivs zwei Faktoren übersehen: zum einen die Zielsetzung der Studie, die nicht auf Fragen von "Spezifität" hin angelegt war; zum anderen die Fülle organisatorischer und kommunikativer Schwierigkeiten, die sich aufgrund des Zusammentreffens psychoanalytischer Forschungsinteressen mit den Erfordernissen einer organmedizinisch ausgerichteten Klinik sowie dazu korrespondierender Patientenerwartungen zwangsläufig ergeben mußten.
So war damit zu rechnen, daß eine größere Anzahl von Patienten, die um ihre freiwillige Mitarbeit an der Studie gebeten wurden, eine Teilnahme an "psychologischen Gesprächen" von vornherein ablehnen würde. Eher

---

*) Damit war indessen eine psychotherapeutische Weiterbehandlung nicht ausgeschlossen, über deren Möglichkeiten die Patienten im Einzelfall ggfs. informiert wurden.

überraschend war, daß von allen angesprochenen Patienten lediglich 12 ablehnten, an der Untersuchung teilzunehmen. Fünf Patienten wurden unvorhersehbar vorzeitig aus stationärer Behandlung in der Universitäts-Hautklinik entlassen bzw. brachen ihren Krankenhausaufenthalt nach wenigen Tagen von sich aus ab. Soweit die eigenen Untersuchungen bereits begonnen hatten, wurden diese Patienten gebeten, zu deren Vervollständigung sich noch einmal in der Universitäts-Hautklinik vorzustellen; dieser Aufforderung kam jedoch keiner der Patienten nach, so daß diese Patienten in der Studie unberücksichtigt bleiben mußten. Von vier Patienten konnten die notwendigen Daten schließlich während der Dauer ihrer stationären bzw. ambulanten Behandlung nur unvollständig erhoben werden; da auch von ihnen die Unterlagen nicht ausreichend vervollständigt werden konnten, mußten sie im weiteren aus der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Wie nicht anders zu erwarten, stieß die Untersuchung der Familien ekzemkranker Kinder - nicht der Kinder selbst - auf Probleme besonderer Art. Zum einen hätte es bei mehreren Familien eines kaum zumutbaren organisatorischen Aufwandes bedurft, um sämtliche Familienmitglieder zu den beabsichtigten Erhebungen zusammenzuführen. Überraschender war jedoch, daß die Nachfrage um Mitarbeit an den Untersuchungen bei den Familien ekzemkranker Kinder oftmals auf noch erheblichere Widerstände als erwartet stieß. Wurde die ablehnende Haltung erwachsener Ekzemkranker, derzufolge ihre Hauterkrankung "mit seelischen Dingen überhaupt nichts zu tun" habe, eher seltener als erwartet angetroffen, wurde diese Überzeugung von den Eltern ekzemkranker Kinder bisweilen mit eindrücklicher Vehemenz vertreten.

Dies war gelegentlich auch dort der Fall, wo den Kindern selbst einige Zusammenhänge zwischen Manifestation der Hautsymptomatik und Erlebnisfaktoren aufgefallen war.
Nachdem bereits bald nach Beginn der Erhebungen abzusehen war, daß es trotz erheblichen Aufwandes nicht gelingen würde, innerhalb des zur Verfügung stehenden Untersuchungszeitraumes eine ausreichende Anzahl vollständiger Familien für die geplante Erhebung zu gewinnen, wurde eine Modifikation des ursprünglichen Untersuchungsplanes unvermeidlich. Das in dem vorgesehenen Umfang nicht zu realisierende Vorhaben, fünfzehn vollständige Familien zu untersuchen, sollte zwar nicht völlig aufgegeben werden; die Vollständigkeit der Familien bei den Erhebungen konnte jedoch nicht mehr unabdingbare Voraussetzung für die Einbeziehung des ekzemkranken Kindes in die Untersuchungsgruppe bleiben. Statt dessen sollte zumindest die Mutter des ekzemkranken Kindes in die Untersuchungen einbezogen werden; soweit irgend möglich wurde an dem Bemühen festgehalten, darüber hinaus alle Familienmitglieder für eine Mitarbeit an der Studie zu gewinnen. Immerhin gelang es auf diesem Wege noch, sechs vollständige Familien in die Untersuchung aufzunehmen und u. a. zur Teilnahme an mehreren diagnostischen Gesprächen zu veranlassen.

Trotz der genannten Schwierigkeiten bei der Zusammenstellung der Patientengruppe sollte die Möglichkeit offengehalten werden, die Untersuchung ekzemkranker Kinder und Erwachsener ggfs. durch entsprechende Vergleichsstudien zu ergänzen. Aus diesem Grund sollte

von den Patienten eine ausreichende Menge sozialer Daten sowie Daten ihrer Erkrankung festgehalten werden, um sie damit möglichst genau beschreiben zu können und ihre Vergleichbarkeit für eventuelle Nachfolgeuntersuchungen sicherzustellen.

III. Zur Untersuchungsmethode

Im folgenden soll in aller Kürze beschrieben werden, auf welchem Wege und mit Hilfe welcher Erhebungsinstrumente die Daten der ekzemkranken Patienten gewonnen und bearbeitet wurden.

Die dermatologischen Befunde sowie die Befund- und Behandlungsverläufe der ekzemkranken Patienten wurden von seiten der Universitäts-Hautklinik zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt. Zu deren Ergänzung wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dessen Hilfe der Krankheitsverlauf, die Ausprägung der Hautsymptomatik und Merkmale der symptomverstärkenden Situationen für den Zeitraum von der Erstmanifestation der Hautsymptomatik bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfaßt wurden. Die Fragen nach Merkmalen von symptomverstärkenden Situationen galten an dieser Stelle einer vorläufigen Orientierung, wurden unter psychodynamischen Gesichtspunkten noch einmal in Zusammenhang mit der tiefenpsychologischen Anamnese aufgegriffen.
Mit einem zweiten Teil des gleichen Fragebogens wurden demographische Daten erhoben, die eine möglichst genaue Charakterisierung der Patienten nach sozialen Gesichtspunkten gewährleisten sollten. Dabei wurden von den erwachsenen Ekzemkranken Daten zur aktuellen Arbeits- und Einkommenssituation erfaßt, zum Bildungsniveau, ihrer Wohnsituation, ihrer derzeitigen familiären Lebenssituation sowie ihrer Herkunftsfamilie. Den Eltern der ekzemkranken Kinder wurde der Fragebogen in einer leicht modifizierten Form vorgelegt.

Von allen Patienten wurde eine tiefenpsychologische Anamnese erhoben. In Ergänzung zur Anamnese der ekzemkranken Kinder wurden deren Eltern bzw. ein Elternteil im Sinne einer Fremdanamnese befragt. Dabei wurde besonderes Gewicht auf die Frage gelegt, welche Rolle dem ekzemkranken Kind innerhalb der Familiengruppe zukommt. Nach Abschluß der Anamnese wurde von einem erfahrenen Psychoanalytiker mit allen Patienten ein ergänzendes diagnostisches Zweitgespräch geführt. Die Anamnesen- und Zweitgespräche wurden per Tonband protokolliert und für Zwecke der Auswertung transkribiert.

Der tiefenpsychologischen Anamnese schloß sich ein halbstrukturiertes Interview an, das gezielt darauf ausgerichtet war, Ich-Funktionen zu erfassen. BELLAK und Mitarbeiter (1973) hatten für ihre eigene Untersuchung einen für diese Zwecke geeigneten Fragenkatalog entwickelt ("ego functions assessment"). Für die Untersuchung der ekzemkranken Patienten war der Katalog in der von BELLAK et al. entwickelten Form allerdings nur bedingt geeignet: zum einen enthält die BELLAKsche Fassung eine Reihe von Fragen, die zwar zur Abklärung psychotischer Phänomene dienen können, die sinnvollerweise jedoch kaum psychosomatisch Kranken gestellt werden können; zum anderen ist der Fragenkatalog in Teilen auf amerikanische Verhältnisse abgestimmt und deshalb nicht ohne weiteres übertragbar; solche Fragen wurden entsprechend modifiziert.
Die auf psychotische Psychopathologie ausgerichteten Fragen wurden für den eigenen Gebrauch aus dem von BELLAK et al. vorgelegten Fragenkatalog eliminiert.

Mit den genannten Veränderungen wurde der Fragenkatalog ins Deutsche übertragen.
In mehreren Probedurchläufen zeigte sich dann jedoch, daß eine Fragetechnik mit dem Wortlaut der von BELLAK et al. vorgeschlagenen Fragen nicht geeignet war, relevante Informationen zu erhalten, aufgrund derer Ich-Funktionen ausreichend genau erfaßt werden können. Deshalb wurde eine weitere Modifikation vorgenommen. Statt einer Fragetechnik zu folgen, wurde ein Interview mit der Gesprächstechnik der tiefenpsychologischen Anamnese geführt. Für dieses Interview wurden die inhaltlichen Schwerpunkte aus dem BELLAKschen Fragenkatalog extrahiert, die dann als gesprächsstrukturierende Leitlinien in das Interview einflossen. Der Interviewer hatte die Aufgabe, im Gespräch auf eben jene inhaltlichen Aspekte - wenn auch nicht mittels Fragetechnik - zu fokussieren, die in dem BELLAKschen Katalog in Form von Fragen enthalten sind.
Auf diesem Wege konnten Anamnese und auf Ich-Funktionen zentriertes Interview bruchlos ineinander übergehen. Dieses technische Vorgehen ermöglicht den Erfahrungen mit Ekzemkranken zufolge genauere Einschätzungen von Ich-Funktionen als das alleine mit Hilfe des Fragenkatalogs von BELLAK der Fall gewesen wäre.

Als ergänzendes Testverfahren wurde der thematische Apperzeptionstest (TAT; MURRAY, MORGAN 1935) gewählt, nachdem sich in der Studie von BELLAK et al. gezeigt hatte, daß dieses projektive Verfahren für Zwecke der Beurteilung von Ich-Funktionen anderen überlegen ist. Auch bei der Auswahl der insgesamt 31 schwarz-weißen Bildtafeln dieses Tests, die überwiegend mehrdeutige soziale Situationen darstellen, wurde den Empfehlungen von BELLAK et al. gefolgt. Für die ekzemkranken Erwach-

senen beiderlei Geschlechts wurden die Tafeln 1, 2, 3, 4, 5, 11 und 13 gegeben, den weiblichen Probanden zusätzlich die Tafeln 6 GF, 7 GF und 9 FF sowie den Männern die Tafeln 6 BM, 7 BM und 12 M. Die phantasierten Geschichten der Probanden zu den einzelnen Bildtafeln wurden protokolliert und in Hinblick auf Ich-Funktionen ausgewertet.*)

Bei den ekzemkranken Kindern kam als entsprechendes Verfahren der Kinder-Apperzeptions-Test (The Childrens Apperception Test, CAT; BELLAK, BELLAK 1949) zur Anwendung, der zehn schwarz-weiße Bildtafeln umfaßt, auf denen teilweise anthropomorphisierte Tiere in Situationen dargestellt sind, die vor allem für Kinder im Alter von drei bis zehn Jahren bedeutsam sein sollen. Die von den Kindern zu den einzelnen Bildkarten berichteten Geschichten wurden protokolliert und ebenfalls unter ich-psychologischen Aspekten ausgewertet.

Schließlich wurde allen erwachsenen Ekzemkranken sowie den Eltern der ekzemkranken Kinder der Gießen-Test (GT, BECKMANN und RICHTER 1972) zur ergänzenden Einschätzung ihres Selbstbildes vorgelegt.**) Im

---

*) Auf eine kritische Würdigung des thematischen Apperzeptions-Tests kann hier verzichtet werden. Eine Diskussion der Frage, welche Aussagekraft den TAT-Antworten hinsichtlich ich-struktureller Merkmale zukomme, findet sich ebenfalls bei BELLAK et al. (1973).

**) Auch auf eine ausführlichere kritische Darstellung des Gießen-Tests kann an dieser Stelle verzichtet werden, zumal diesem Verfahren im Zusammenhang dieser Untersuchung eher periphere Bedeutung zukommt.

Gießen-Test soll

> "... sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen ..." (BECKMANN, RICHTER 1972, S. 12)

darstellen. Durch die Skalen, die bipolar konstruiert sind mit einem Mittelwert bei Null und einer Reichweite von 1 - 3 nach beiden Seiten, sollen sechs verschiedene Dimensionen erfaßt werden: soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz (vgl. ausführlich bei BECKMANN und RICHTER 1972).
Neben diesen verschiedenen, zu Dimensionen zusammengefaßten Itemgruppen wurden für Zwecke der Auswertung insbesondere jedoch auch einzelne Items des Gießen-Tests einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

Der Einschätzung der Ich-Funktionen der erwachsenen Ekzemkranken wurden die tiefenpsychologische Anamnese, das Interviewprotokoll sowie die Protokolle des projektiven Testverfahrens zugrunde gelegt.
Bis auf die Abwehrfunktionen sowie die primär- und sekundär-autonomen Funktionen wurden sämtliche Ich-Funktionen der von BELLAK, HURVICH und GEDIMAN (1973) vorgelegten Typologie übernommen.
Um ein Maß für Störungen der je einzelnen Ich-Funktionen zu erhalten, hatten BELLAK et al. für jede Ich-Funktion eine Skala von 1 bis 7 entwickelt.
Der Skalenpunkt 1 sollte Funktionsstörungen psychotischen Ausmaßes, der Punkt 7 ein optimales Funktionsniveau angeben. Jeder Skalenpunkt wurde ausreichend genau definiert, damit unabhängige Beurteiler in die Lage versetzt sein sollten, für jede Ich-Funktion deren Niveau anzugeben.
Die Skalen von BELLAK et al. sind allerdings so gefaßt, daß damit sowohl schizophrene Patienten, neurotisch

Kranke wie sogenannte Normalpatienten sinnvoll untersucht werden können. Sie sind deshalb so breit angelegt, daß sie psychotische Ich-Pathologie ebenso umgreifen wie ein optimales Ich-Funktionsniveau nicht gestörter Individuen.
Demgegenüber war in der eigenen Untersuchung bei ekzemkranken Patienten nicht mit einer vergleichbar breiten Streuung psychopathologischer Befunde zu rechnen. Aufgrund klinischer Erfahrung war vielmehr anzunehmen, daß sich Ich-Störungen des Ausmaßes, wie bei dem Krankheitsbild der Schizophrenie in der Gruppe der Ekzemkranken nicht finden würden. Ein Teil der von BELLAK et al. entwickelten Skalen war in dieser Form deshalb für die Untersuchung der ekzemkranken Patienten überflüssig. Dies traf bei einer Reihe von Ich-Funktionen hinsichtlich der Skalenpunkte 1 sowie 1 und 2 zu, die dort psychotische Ich-Störungen kennzeichnen. Während die Skalen einiger Ich-Funktionen der BELLAKschen Fassung in nur geringer Veränderung übernommen werden konnten, wurden andere in einem ersten Schritt um die Skalenpunkte 1 bzw. 1 und 2 (psychotische Ich-Störungen) verkürzt, um im nächsten Schritt wieder zu einer 7-Punkte-Skala erweitert zu werden. Diese Erweiterung geschah in der Weise, daß für diejenigen Grade von Ich-Störungen, die nach klinischer Erfahrung in einem mittleren Bereich liegen, neue, trennschärfer definierte Skalenpunkte eingeführt wurden.
In den in dieser Weise veränderten Skalen entspricht der Punktwert 1 dem Punktwert 2 oder 3 in den Definitionen von BELLAK et al., während die neu eingeführten Punktwerte 3 und/oder 4 in der veränderten Fassung bei BELLAK et al. fehlen.

Die auf der Grundlage ihrer Skalierungen im Zuge der Auswertungsschritte gewonnenen numerischen Größen erschienen BELLAK, HURVICH und GEDIMAN (1973) ausreichend geeignet zu sein, um sie im weiteren in quantifizierend-statistische Berechnungen einfließen zu lassen. Inwieweit dieses Vorgehen, das zumindest problematisch erscheint, haltbar ist, muß von mathematisch-statistischer Seite entschieden werden.
Hier sollen die Skalierungen von Störungs- bzw. "Normalitätsgraden" von Ich-Funktionen in erster Linie eine genauere und für klinische Zwecke brauchbare trennschärfere Diagnostik von ich-strukturellen Merkmalen sowie deren jeweiligem Funktionsniveau ermöglichen.

Wenn das gewonnene Datenmaterial auf der Basis der Ich-Funktions-Definitionen und deren Skalierungen von zwei unabhängigen Beurteilern eingeschätzt wurde, dann nicht in erster Linie deshalb, um Zuverlässigkeiten, Interrater-Übereinstimmungen u. ä. zu berechnen, sondern um Hinweise für die Objektivität des Instrumentes zu gewinnen und dessen Brauchbarkeit für klinische Zwecke abzuschätzen. Somit wird von einer statistischen Aufbereitung des vorliegenden Datenmaterials hier nur zurückhaltend Gebrauch gemacht. Weitergehende Berechnungen wurden in die Darstellung nicht mit aufgenommen.

Die erwachsenen Patienten mit endogenem Ekzem wurden in Hinblick auf die folgenden neun verschiedenen Ich-Funktionen mit insgesamt 22 Unterfunktionen untersucht:

Realitätsprüfung:	Diskriminierungsfunktion
	äußere Realitätswahrnehmung
	Binnenwahrnehmung
Urteilsbildung:	Antizipation
	Folgeorientierte Verhaltenssteuerung
	Verhaltensabstimmung
Wirklichkeitssinn:	Sinn für die Wirklichkeit der äußeren Realität
	Sinn für die Wirklichkeit der eigenen Person und des eigenen Körpers
Adaptive Regression im Dienste des Ich:	
	Regressionsfähigkeit
	Kreativität
Reizschwelle:	Rezeptive Funktion
	Adaptive Reaktion auf Reize
Steuerung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen:	Affekt- und Impulsausdruck
	Frustrationstoleranz und Befriedigungsaufschub
Denkprozesse:	Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit
	Vorstellungsvermögen
	Sprache und Kommunikation

Kompetenz:	Kompetenz
	Kompetenzgefühl
	Realitätsgrad des Kompetenzgefühls
Synthese und Integration:	
	Ambiguitätstoleranz
	Aktive Integration
Narzißtische Gleichgewichtsregulierung*):	
	Regulierung der narzißtischen Homöostase
	Aufrechterhaltung von Ich- bzw. Selbstgrenzen
Objektbeziehungen:	Reife von Objektbeziehungen
	Bezogenheit auf Objekte (Regulierung von Selbst-Objekt-Grenzen)
	Wahrnehmen und Erleben von Objekten als vom Selbst getrennt
	Objektkonstanz

Das Funktionsniveau der verschiedenen Komponenten wurde nach der modifizierten Sieben-Punkte-Skala eingeschätzt, die im Sinne von Rater-Anweisungen vorab definiert war (im Anhang).

Alle Einschätzungen wurden von zwei unabhängigen, psychoanalytisch geschulten Ratern vorgenommen, die an der Erhebung der Daten selbst nicht beteiligt waren.

---

*) Während BELLAK et al. diese Komponenten unter die Ich-Funktion des Wirklichkeitssinnes aufgenommen haben, werden sie hier als eigene Ich-Funktion aufgeführt.

Bei einer Stichprobe von n = 30 Patienten muß bei der Einschätzung der Ich-Funktionen mit einem Schätzfehler gerechnet werden, der sich um so schwerwiegender auswirkt, wenn sich einer oder beide Rater nicht in der Lage sehen, eine Ich-Funktion bei den Probanden zu beurteilen, so daß dadurch die Größe der Stichprobe vermindert wird. Diejenigen Ich-Funktionen, die eine Fehlquote von mehr als 30 % aufwiesen, wurden bei der Auswertung deshalb von weiteren Interpretationen ausgeschlossen. Ebenso wurde mit denjenigen Ich-Funktionen verfahren, bei denen die Differenz zwischen den durchschnittlichen, von den Ratern verteilten Punktwerten mehr als zwei betrug.

Die Rater-Anweisungen zur Einschätzung der Ich-Funktionen kamen ausschließlich bei der Auswertung des Datenmaterials erwachsener Ekzemkranker zur Anwendung. Mit den Daten der ekzemkranken Kinder konnte demgegenüber nicht in gleicher Weise verfahren werden. Da die Entwicklung des Ich altersabhängig ist, hätten bei der Gruppe der ekzemkranken Kinder für jede Altersstufe eigene Skalen entwickelt werden müssen, um das Ich-Funktionsniveau jedes Kindes in Abhängigkeit von seinem Alter zu beurteilen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Untersuchungsergebnisse über die altersabhängige Entwicklung und Störanfälligkeit verschiedener Ich-Funktionen noch als nicht ausreichend angesehen werden kann, um entsprechende Skalen für das Ich-Funktionsniveau von Kindern auf entsprechenden Altersstufen zu entwickeln.
Aus diesem Grunde wurde das Datenmaterial über die ekzemkranken Kinder - tiefenpsychologische Anamnese und CAT-Protokolle - zwar ebenfalls in Hinblick auf funktionelle Aspekte der Ich-Organisation untersucht, ohne

daß dabei jedoch versucht worden wäre, einzelne Ich-Funktionen quasi-quantifizierend zu skalieren. Auch die Auswertung der Daten der ekzemkranken Kinder wurde von zwei psychoanalytisch geschulten Untersuchern unabhängig voneinander vorgenommen. Dort, wo es zu erheblicheren Diskrepanzen in der Einschätzung der Ich- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder kam, wurde dies jeweils in der Darstellung festgehalten.

Besonderes Augenmerk galt den Phantasieproduktionen, Tagträumen und Träumen der ekzemkranken Kinder. Diesem Aspekt wurde zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung noch kein herausragendes Gewicht beigemessen und trat erst im Zuge der Datenerhebung selbst als möglicherweise bedeutsamer Faktor in den Vordergrund.

Schließlich fanden die verschiedenen Daten - über die ekzemkranken Kinder sowie ihre Eltern - Eingang in die interpretierende Auswertung der Gesprächsprotokolle von denjenigen Familien, mit denen diagnostische Familiengespräche geführt werden konnten. Dieses Informationsmaterial wurde in fallzentrierten Besprechungen mit Vertretern verschiedener Fachdisziplinen - Psychoanalyse, Psychologie und Dermatologie - diskutiert; die fallzentrierten Besprechungen standen unter der leitenden Fragestellung, wie die Rolle des ekzemkranken Kindes in seiner Familie zu verstehen sei, ohne sich indessen darauf zu beschränken*).

---

*) Diesen Besprechungen sind zahlreiche Anregungen und Hinweise zu verdanken, insbesondere von Herrn Prof. Dr. Dr. Klaus Bosse (Universitäts-Hautklinik Göttingen) und Herrn Prof. Dr. Franz Heigl (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn).

Die Diskussion dieser Fragestellung galt zugleich dem Bemühen, Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, wie die Vermittlungsschritte zwischen familialen Interaktionen und Beziehungsmustern mit psychischen Strukturmerkmalen des ekzemkranken Kindes verstanden werden können.

C. E R G E B N I S S E

I. ERWACHSENE EKZEMKRANKE

1. Die Patientengruppe

In der Gruppe der 30 ekzemkranken Patienten, die in die Untersuchung einbezogen wurden, überwiegen Frauen im Alter bis zu 30 Jahren. Von den 21 Frauen und 9 Männern fallen 22 in die Altersgruppe von 18 - 29 Jahren, 2 Patienten sind zwischen 30 und 39 Jahren alt, 3 zwischen 40 und 49 und 3 Patienten sind 50 Jahre alt oder älter; der älteste Proband ist eine 56jährige Frau. 18 dieser Patienten sind ledig, 9 verheiratet, 2 geschieden, und eine Patientin ist verwitwet. Alle ledigen Patienten sind kinderlos, 7 haben ein Kind, 1 Patient hat 2 und 4 haben 3 Kinder.

	Anzahl (n = 30)
ALTER (J.)	
unter/bis 19	5
20 - 24	10
25 - 29	7
30 - 39	2
40 - 49	3
bis/über 50	3
GESCHLECHT	
männlich	9
weiblich	21
FAMILIENSTAND	
ledig	18
verheiratet	9
geschieden	2
verwitwet	1
KINDERZAHL	
0	18
1	7
2	1
3	4
über 3	0

Tab. 1: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinderzahl.

Da das Krankheitsbild des endogenen Ekzems bei Frauen nicht häufiger vorkommt als bei Männern (vgl. BORELLI 1967), kann das Überwiegen weiblicher Patienten in der Untersuchungsgruppe nicht mit einer krankheitsabhängigen Geschlechtsverteilung erklärt werden. Aufgrund der Beobachtung, daß männliche Ekzemkranke die Mitarbeit an der Untersuchung doppelt so häufig ablehnten wie Frauen, kann vermutet werden, daß die Häufung von Frauen in dieser Probandengruppe mit Einflußfaktoren in Zusammenhang zu bringen ist, die mit dem Charakter der Untersuchung selbst zu erklären sind. Wie bei vielen psychosomatisch Kranken ist auch bei Ekzemkranken eine sog. Makelangst zu beobachten im Sinne der Befürchtung, an sozialem Ansehen zu verlieren, wenn seelische Beschwerden zum Ausdruck gebracht würden. Nun scheint diese Angst bei Männern ohnehin verbreiteter zu sein als bei Frauen, eine Beobachtung, die sich auch innerhalb der Gruppe der untersuchten Ekzemkranken bestätigen ließ. Somit ist anzunehmen, daß Frauen in der Untersuchungsgruppe deshalb überwiegen, weil ekzemkranke Männer die Teilnahme an einer "psychologischen Untersuchung" häufiger verweigerten als Frauen.

Betrachtet man die ekzemkranken Patienten in Hinblick auf ihr Bildungsniveau sowie ihre Arbeits- und Einkommenssituation, so fällt der vergleichsweise hohe Anteil von Studenten bzw. Schülern auf. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß der Anteil der ekzemkranken Studenten an allen ekzemkranken Patienten, die in der Universitäts-Hautklinik behandelt werden, wo diese Studie durchgeführt wurde, ohnehin hoch ist und sich ausreichend aus dem hohen prozentualen Anteil der Studenten an der Gesamtbevölkerung der Stadt erklärt. Auf

dungsgang der Eltern wären sieben ekzemkranke Patienten als soziale Aufsteiger anzusehen*).
Die erwachsenen ekzemkranken Patienten sind ganz überwiegend in Familien aufgewachsen, die sich bei grober Einschätzung nach den Kriterien Schulbildung, Arbeitssituation und Einkommensverhältnisse der Eltern am ehesten der unteren Mittelschicht zurechnen lassen.

	Anzahl (n = 30)	
SCHULBILDUNG DER ELTERN	Mutter	Vater
Volksschule	20	19
Realschule	2	1
Gymnasium	1	5
andere	1	1
keine Angaben	6	4
ARBEITSVERHÄLTNISSE DER ELTERN		
Arbeiter	6	4
Angestellter/Beamter	7	15
leitender Angestellter/ leitender Beamter	0	7
selbständig	2	2
ohne	13	0
keine Angaben	2	2
FINANZIELLE SITUATION DER ELTERN (nach Einschätzung des Pat.)		
eher arm	4	
durchschnittlich vermögend	24	
eher wohlhabend	2	

Tab. 3: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Bildungs-, Arbeits- und ökonomischen Verhältnissen der Herkunftsfamilien.

*) Bei sozialen Aufsteigern scheint häufiger nicht nur mit einer spezifischen sozialpsychologischen, sondern auch psychodynamischen Konfliktproblematik zu rechnen sein, die dem von FREUD (1916) beschriebenen "Scheitern am Erfolg" ähnlich, jedoch nicht damit identisch ist (vgl. STREECK 1981).

Der überwiegende Teil der Patienten ist in strukturell vollständigen Familien gemeinsam mit Geschwistern aufgewachsen, wobei die Patienten ebenso häufig an erster wie an zweiter Stelle in der Geschwisterreihe stehen.

	Anzahl (n = 30)
FAMILIENSTAND DER ELTERN	
verheiratet	24
geschieden	3
verwitwet	2
wiederverheiratet	1
getrennt lebend	o
GESCHWISTERZAHL	
0	5
1	16
2	4
3	2
über 3	3
STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE	
Einzelkind	5
Erstgeborenes	11
Zweitgeborenes	12
Drittgeborenes	1
Viertgeborenes	1
davon Letztgeborenes	8
MIT BEIDEN ELTERNTEILEN AUFGEWACHSEN	
ja	26
nein	4

Tab. 4: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Merkmalen ihrer Herkunftsfamilien.

Es soll hier zumindest darauf hingewiesen werden, daß das Alter eines Teiles der Eltern bei Geburt der später ekzemkranken Patienten als relativ hoch anzusehen ist, wenn das durchschittliche Heiratsalter von Angehörigen

der unteren Mittelschicht als Vergleich herangezogen wird:

	Anzahl (n = 30)	
ALTER DER ELTERN	Mutter	Vater
Bis + 19	1	0
+ 20 - 24	9	3
+ 25 - 29	6	8
+ 30 - 34	8	5
+ 35 - 39	3	6
über + 40	0	4
keine Angaben	3	4

Tab. 5: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Alter der Eltern bei Geburt des Patienten.

Als Tendenz könnte aus den sozialen Daten der Patienten herausgelesen werden, daß in der Untersuchungsgruppe unverheiratete, kinderlose Studentinnen überwiegen, die zusammen mit Geschwistern in strukturell vollständigen Familien der unteren Mittelschicht mit Eltern aufgewachsen sind, deren Bildungsniveau unter dem ihrer Töchter liegt und die bei deren Geburt vergleichsweise alt waren.

Lokalisation und Verlauf des endogenen Ekzems ebenso wie das Alter der Patienten bei Erstmanifestation der Dermatose entsprechen in der Untersuchungsgruppe den Beobachtungen, die dem mit dem Krankheitsbild des endogenen Ekzems vertrauten Dermatologen geläufig sind (BOSSE; pers. Mitteilung).
Bei etwa der Hälfte aller Patienten tritt das Ekzem in Form des Milchschorfs bereits im ersten Lebensjahr auf und bei sieben Patienten spätestens bis zum 12. Lebensjahr. Ein Alter von über 20 Jahren für die Erstmanifestation ist eher die Ausnahme.

Für die Lokalisation des endogenen Ekzems ergeben sich bei den Patienten der Untersuchungsgruppe keine Regelhaftigkeiten. Die Hauteffloreszenzen sind bei etwa jeweils der Hälfte der Patienten an wechselnden oder an immer gleichen Körperpartien umschrieben oder generalisiert lokalisiert. Die Krankheit nimmt eher einen chronisch-rezidivierenden als gleichbleibenden Verlauf und entspricht damit dem "bunten" Verlauf, der von dermatologischer Seite bekannt ist (vgl. Tab. 6).

	Anzahl (n = 30)
ERSTMANIFESTATION EKZEMATISCHER HAUTVERÄNDERUNGEN	
1. Lebensjahr	14
2. - 6. Lebensjahr	4
6. - 12. Lebensjahr	3
12. - 19. Lebensjahr	4
20. - 30. Lebensjahr	3
30. - 40. Lebensjahr	0
über 40. Lebensjahr	2
LOKALISATION DES EKZEMS	
wechselnd	13
gleichbleibend	17
umschrieben	16
generalisiert	14
sichtbar	28
nicht sichtbar	2
VERLAUF DES EKZEMS	
akut-rezidivierend	2
chronisch-rezidivierend	19
chronisch-gleichbleibend	8
keine Angabe	1

Tab. 6: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Erkrankungsalter, Lokalisation und Verlauf des Ekzems.

Hervorgehoben sei, daß die Hautveränderungen bei annähernd allen Patienten auch an sichtbaren Körperpartien lokalisiert sind. Dieser Befund erscheint deshalb von Bedeutung, weil er Einfluß darauf haben dürfte, wie die Patienten ihre Hauterkrankung psychisch verarbeiten (vgl. FASSHEBER 1976; BOSSE u. HÜNECKE 1980).

Von den 30 erwachsenen Patienten sind 23 ausschließlich an einem endogenen Ekzem erkrankt; auch in ihrer Vorgeschichte waren diese Patienten nie von anderen atopischen Erkrankungen - Rhinitis vasomotorica oder Asthma bronchiale - betroffen. Bei sieben Patienten sind oder waren auch andere Erkrankungen des atopischen Syndroms vorhanden, davon bei drei Patienten alleine ein Asthma bronchiale und bei weiteren vier Patienten sowohl Asthma als auch eine Rhinitis vasomotorica (vgl. Tab. 7):

	Anzahl (n = 30)
ANDERE ATOPISCHE SYMPTOMATIK (einschl. Vorgeschichte)	
nein	23
nur Asthma	3
Asthma und Rhinitis	4

Tab. 7: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 ekzemkranken Erwachsenen nach Erkrankungen des atopischen Syndroms.

Die nachfolgende Übersicht zur familiären Atopie-Belastung macht deutlich, daß sich in dieser Untersuchungsgruppe die in der Literatur berichtete hohe familiäre Häufung von Krankheiten des atopischen Syndroms wiederfindet.

		Anzahl (n = 30)
FAMILIÄRE BELASTUNG MIT ATOPIE		
	keine	12
	Mutter	9
	Vater	4
	Geschwister	6
	andere Verwandte	7
(Der die Stichprobengröße übersteigende Summenwert ist darauf zurückzuführen, daß eine mehrfache familiäre Belastung möglich ist.)		
d a v o n :	Ekzem	14
	Rhinitis	8
	Asthma	6
	nicht genau einzuordnende Angaben	10

Tab. 8: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 erwachsenen Ekzemkranken nach familiärer Belastung mit Erkrankungen des atopischen Syndroms.

Aus der nachfolgenden tabellarischen Übersicht (vgl. Tab. 9) geht hervor, wie häufig und in welcher Anzahl von den ekzemkranken Erwachsenen entweder zu Beginn oder im Verlauf der Anamneseerhebung neben den organischen Hautsymptomen Beschwerden rein seelischer Art geschildert werden. Dabei muß betont werden, daß es sich bei diesen seelischen Beschwerden um Angaben der Patienten handelt, nicht aber um psychoanalytische oder psychiatrische Diagnosen, die erst aus den anamnestisch gewonnenen Daten geschlußfolgert worden wären.

	Anzahl (n = 30)
HÄUFIGKEIT ANAMNESTISCH ANGEGEBENER PSYCHISCHER BESCHWERDEN	
ja	23
nein	7
ANZAHL ANAMNESTISCH ANGEGEBENER PSYCHISCHER SYMPTOME	
1:	9 x
2:	5 x
3:	1 x
4:	2 x
5:	1 x
6:	1 x
7:	2 x
8:	0 x
9:	0 x
10:	1 x
über 10:	1 x

Tab. 9: Zusammensetzung einer Gruppe von 30 erwachsenen Ekzemkranken nach spontanen Angaben psychischer Beschwerden.

Der vergleichsweise große Anteil von Ekzemkranken, die spontan bei der Anamneseerhebung seelische Beschwerden angeben, erscheint überraschend, wenn man bedenkt, daß in der Literatur über psychosomatisch kranke Patienten häufiger berichtet wird, daß diese Kranken zwar über ihre organischen Beschwerden klagen und daran leiden, sich darüber hinaus aber als auffallend gesund, sozial angepaßt und "normal" darstellen (vgl. dazu u. a. bei ZEPF 1982).
Allerdings ist in diesem Zusammenhang nicht auszuschließen, daß bei Zusammenstellung der Patientengruppe eine Selektion in der Richtung stattgefunden haben könnte, daß überwiegend diejenigen Patienten sich zu einer Mitarbeit bereit fanden, die auch an seelischen Beein-

trächtigungen leiden, während jene Patienten, die sich seelisch gesund fühlten, die Mitarbeit eher ablehnten. Bei genauerer Überprüfung dieses Einwandes anhand jener Patienten, von denen zwar anamnestische Daten vorlagen, bei denen die Erhebungen jedoch aus verschiedenen Gründen nicht zum Abschluß gebracht werden konnten und die deshalb in der Auswertung der Ergebnisse unberücksichtigt bleiben mußten, ergaben sich indessen keine Anhaltspunkte für eine Bestätigung dieser Vermutung. Auch die Patienten, die die Untersuchung abbrachen, hatten in der Anamnese seelische Beschwerden spontan angegeben.
Ob ekzemkranke Patienten in größerer Häufigkeit und evtl. mehr als andere psychosomatisch Kranke auch an seelischen Beschwerden leiden, ließe sich genauer indessen nur klären, wenn es möglich wäre, von einer größeren und unausgelesenen Gruppe von Patienten eine psychoanalytisch ausgerichtete Anamnese zu erheben.

Die ekzemkranken Patienten, die über seelische Beschwerden klagten, gaben in mehr als der Hälfte der Fälle zwei oder mehr psychische Symptome an. Ein vielfältiges Beschwerdebild mit zahlreichen seelischen Symptomen wie beispielsweise bei Psychoneurosen, narzißtischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen kam allerdings nicht vor. Auch dieser Befund würde gegen den Einwand sprechen, daß sich bei Zusammenstellung der Untersuchungsgruppe eine Selektion in der Weise ergeben haben könnte, daß nicht "typische" Ekzempatienten, sondern tendenziell primär seelisch Kranke mit endogenem Ekzem erfaßt worden seien.

Die von den Patienten geschilderten seelischen und seelisch bedingten Beschwerden sind sehr unterschiedlich und reichen von diffusen Ängsten, starken Minder-

wertigkeitsgefühlen oder Zwangssymptomen über Phobien und Tics bis hin zu ausgeprägten Depressionen mit Suizidversuchen, Depersonalisationserscheinungen und Dysmorphophobien.

Zusammenfassend läßt sich somit festhalten, daß die erwachsenen Ekzemkranken dieser Untersuchungsgruppe keine Besonderheiten in Hinblick auf ihre Hauterkrankung aufweisen. Auffällig ist hingegen, daß sie zum überwiegenden Teil spontan angeben, auch unter psychischen Beschwerden zu leiden.

2. Die Ich-Funktionen

Im folgenden soll die Gruppe der erwachsenen Ekzemkranken in Hinblick auf funktionale Merkmale ihrer Ich-Organisation beschrieben werden. Dabei wird jede der in der Untersuchung berücksichtigten elf Ich-Funktionen mit ihren verschiedenen Komponenten einer gesonderten Betrachtung unterzogen.
Ein erster Überblick soll an dieser Stelle in tabellarischer Form über die in Form von Punktwerten festgehaltenen Schätzurteile der Rater sowie über das Verhältnis der Urteile zueinander informieren. Anhand der Darstellung der einzelnen Ich-Funktionen werden diese Einschätzungen daran anschließend im einzelnen erläutert.

Wie aus Tabelle 10 hervorgeht, bleiben von den insgesamt 28 eingeschätzten Ich-Funktionskomponenten fünf von den weiteren Auswertungen und Interpretationen ausgeschlossen. Es handelt sich dabei um die Komponenten der Objektkonstanz, die Diskriminierungsfunktion, den Sinn für die Wirklichkeit der eigenen Person, die adaptiven Reaktionen auf Reize und die Komponente der aktiven Integration. Bei den genannten Komponenten sahen sich ein oder beide Rater in insgesamt mehr als 30 % der Fälle nicht in der Lage, auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials ein Schätzurteil abzugeben; die Quote von über 30 % als Ausschlußkriterium wurde willkürlich festgelegt. Somit reduzieren sich die weiteren Darstellungen der Ich-Funktionen auf insgesamt 23 verschiedene Komponenten.

Ich-Funktionen	keine Einschätzung	totale Übereinstimmung	1-Punkt-Differenz	2-Punkt-Differenz	3-Punkt-Differenz	4-Punkt-Differenz
	in Prozenten					
1. Objektbeziehungen						
Regulierung von Selbst-Objekt-Grenzen	3.33	50.00	43.33	3.33	0	0
Reife von Objektbeziehungen	10.00	33.33	50.00	6.67	0	0
Wahrnehmung und Erleben von Objekten als unabhängige Einheiten	13.33	43.33	23.33	20.00	0	0
Objektkonstanz	63.33					
2. Narzißtische Gleichgewichtsregulierung						
Regulierung der narzißtischen Homöostase	0	46.67	50.00	3.33	0	0
Aufrechterhaltung von Ich- bzw. Selbst-Grenzen	23.33	40.00	26.67	10.00	0	0
3. Realitätsprüfung						
Diskriminierungsfunktion	33.33					
Äußere Realitätswahrnehmung	3.33	33.33	56.66	6.67	0	0
Binnenwahrnehmung	0	56.67	33.33	6.67	3.33	0
4. Urteilsbildung						
Antizipation	10.00	46.67	40.00	3.33	0	0
Folgeorientierte Verhaltenssteuerung	0	43.33	50.00	6.67	0	0
Verhaltensabstimmung	6.67	30.00	56.67	6.67	0	0
5. Wirklichkeitssinn						
Sinn für Wirklichkeit der äußeren Realität	30.00	16.67	36.67	13.33	3.33	0
Sinn für Wirklichkeit der eigenen Person	36.67					
6. Adaptive Regression im Dienste des Ich						
Regressionsfähigkeit	0	50.00	46.67	0	3.33	
Kreativität	3.33	53.33	36.67	6.67	0	0
7. Reizschwelle						
Rezeptive Funktion	26.67	26.67	36.67	10.00	0	0
Adaptive Reizreaktionen	60.00					
8. Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen						
Impulsausdruck	10.00	33.33	43.33	10.00	3.33	0
Frustrationstoleranz und Befriedigungsaufschub	3.33	56.67	30.00	10.00	0	0
9. Denkprozesse						
Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit	26.67	23.33	30.00	10.00	6.67	3.33
Vorstellungsvermögen	23.33	30.00	33.33	6.67	6.67	0
Sprache und Kommunikation	16.67	10.00	36.67	23.33	10.00	3.33
10. Aktivität und Kompetenz						
Kompetenz	3.33	43.33	40.00	13.33	0	0
Kompetenzgefühl	3.33	23.33	36.67	16.67	16.67	3.33
Realitätsgrad des Kompetenzgefühls	6.67	30.00	53.33	6.67	3.33	0
11. Synthese und Integration						
Ambiguitätstoleranz	10.00	30.00	43.33	13.33	3.33	0
Aktive Integration	50.00					

Tab. 10: Übereinstimmungshäufigkeiten bei der Einschätzung der Ich-Funktionen von 30 erwachsenen Ekzemkranken durch zwei unabhängige Rater auf einer Sieben-Punkte-Skala.

Auch die in Tabelle 11 zusammengefaßten durchschnittlichen Punktwerte, die von den Beurteilern für die verschiedenen Ich-Funktionskomponenten verteilt wurden, sollen einer vorläufigen Orientierung bezüglich der Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung der Urteile beider Rater gelten. Da die durchschnittlichen Punktwerte noch nicht wiedergeben, wie die Gruppe der ekzemkranken Patienten sich in der klinischen Beurteilung auf die verschiedenen Ausprägungsklassen innerhalb der Sieben-Punkte-Skala verteilt, soll diese Verteilung bei der Darstellung der verschiedenen Ich-Funktionen aufgeschlüsselt werden. An dieser Stelle sei jedoch vorweggenommen, daß zwei Patienten in den Urteilen der Rater in Hinblick auf die Ausprägung ihrer Ich-Funktionen auffällig von der übrigen Gruppe "abwichen", so daß sich aufgrund dieses Ergebnisses die Frage stellte, ob hier entweder die dermatologische Diagnose "endogenes Ekzem" in Zweifel zu ziehen war, oder ob sich mit diesen beiden Patienten möglicherweise ein besonderer Typus von Ekzemkranken abzeichnet, was allerdings erst im Rahmen breiter angelegter Studien nachzuprüfen wäre.

Ich-Funktionen	Rater I		Rater II	
	n Einschätzungen	Durchschnittlicher Punktwert	n Einschätzungen	Durchschnittlicher Punktwert
1. Objektbeziehungen				
Regulierung von Selbst-Objekt-Grenzen	29	2.2	30	2.4
Reife von Objektbeziehungen	29	2.1	28	2.0
Wahrnehmung und Erleben von Objekten als unabhängige Einheiten	29	2.1	27	2.0
2. Narzißtische Gleichgewichtsregulierung				
Regulierung der narzißtischen Homöostase	30	2.4	30	2.3
Aufrechterhaltung von Ich- bzw. Selbst-Grenzen	25	1.8	27	1.6
3. Realitätsprüfung				
Äußere Realitätswahrnehmung	30	3.3	29	3.1
Binnenwahrnehmung	30	2.3	30	2.3
4. Urteilsbildung				
Antizipation	27	2.4	29	2.7
Folgeorientierte Verhaltenssteuerung	30	2.6	30	2.6
Verhaltensabstimmung	28	2.3	30	2.6
5. Wirklichkeitssinn				
Sinn für Wirklichkeit der äußeren Realität	21	2.8	23	3.4
6. Adaptive Regression im Dienste des Ich				
Regressionsfähigkeit	30	2.5	30	2.6
Kreativität	29	2.1	30	2.0
7. Reizschwelle				
Rezeptive Funktion	22	3.5	25	3.0
8. Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen				
Impulsausdruck	27	2.6	30	2.7
Frustrationstoleranz und Befriedigungsaufschub	30	2.1	29	2.0
9. Denkprozesse				
Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit	25	4.2	26	3.5
Vorstellungsvermögen	24	4.0	26	3.5
Sprache und Kommunikation	26	4.7	28	3.8
10. Aktivität und Kompetenz				
Kompetenz	29	2.1	30	2.7
Kompetenzgefühl	30	4.0	29	3.6
Realitätsgrad des Kompetenzgefühls	28	2.8	30	2.9
11. Synthese und Integration				
Ambiguitätstoleranz	27	2.8	28	2.5

Tab. 11: Ich-Funktionen ekzemkranker Erwachsener nach Einschätzung von zwei Beurteilern (durchschnittliche Punktwerte auf einer Sieben-Punkte-Skala).

Obwohl die Skalen so aufeinander abgestimmt wurden, daß jeder Punktwert einer Ich-Funktion in etwa dem gleichen Punktwert einer anderen Funktion entsprechen sollte, ist doch zu berücksichtigen, daß - im Gegensatz zu den Annahmen von BELLAK, HURVICH und GEDIMAN (1973) - davon ausgegangen werden muß, daß identische Punktwerte bei verschiedenen Ich-Funktionen nur begrenzt analoge Ausprägungsgrade wiedergeben können. Hier muß auf die klinische Beschreibung der verschiedenen Störungs- bzw. Ausprägungsgrade einzelner Ich-Funktionskomponenten zurückgegriffen werden, die im einzelnen erst verdeutlichen können, auf welche klinischen Phänomene sich die auf der Skala numerisch angegebenen Urteile bei den verschiedenen Funktionen beziehen.

Immerhin ist aus der tabellarischen Übersicht der durchschnittlichen Punktwerte aller eingeschätzten Ich-Funktionskomponenten bereits zu erkennen, daß deren Niveau deutlich unterschiedlich beurteilt wurde. So zeigt sich u. a. in übereinstimmender Tendenz bei beiden Beurteilern, daß der Narzißmus-Faktor der "Aufrechterhaltung der Selbst-Grenzen" deutlich am niedrigsten, die unter der Funktion "Denkprozesse" zusammengefaßten Komponenten dagegen am höchsten eingeschätzt wurden. Bereits diese hier nur grob anzudeutende Differenz zeigt, daß globale Begriffe wie "Ich-Schwäche" oder "Ich-Einschränkung" zumindest in bezug auf die hier untersuchte Gruppe von ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter nur mit großer Zurückhaltung zu gebrauchen sind.

Die Diskussion dieser Frage wird indessen erneut aufgegriffen werden müssen, wenn nachfolgend die funktionalen Komponenten der Ich-Organisation dieser Patienten unter klinischen Gesichtspunkten beschrieben werden.

Um in explorativer Absicht vorab Hinweise auf die Beziehung zwischen dem Funktionsniveau einzelner Ich-Funktionen und einigen demographischen und psychosozialen Daten der Ekzemkranken zu gewinnen, wurden die Komponenten der äußeren Realitätswahrnehmung, Binnenwahrnehmung, Verhaltensabstimmung, Regressionsfähigkeit, Kreativität, Impulsausdruck, Frustrationstoleranz, Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit, Vorstellungsvermögen, Sprache und Kommunikation, Kompetenz, Kompetenzgefühl, Regulierung der narzißtischen Homöostase und Bezogenheit auf Objekte ausgewählt und in Korrelation gesetzt mit dem Lebensalter der Patienten, in dem das endogene Ekzem zum ersten Mal auftrat, der Schulbildung, dem Vorhandensein anderer atopischer Symptome, der Angabe psychischer Beschwerden und der Stellung in der Geschwisterreihe. Für die Berechnungen wurde der Mittelwert aus den durchschnittlichen, für die Ich-Funktionen verteilten Punktwerte beider Rater zugrunde gelegt. Dabei ergaben sich insgesamt nur wenige signifikante ($\alpha = 0.05$) Korrelationen, die im folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

Den Berechnungen zufolge korreliert die Komponente "Impulsausdruck" signifikant negativ mit der subjektiven Angabe über das Vorhandensein psychischer Symptome. Je höher demnach die Funktion "Impulsausdruck" eingeschätzt wurde, desto seltener wurden von den Patienten zugleich psychische Beschwerden angegeben. Hier ist jedoch nicht mit Sicherheit auszuschließen, daß bei der Beurteilung der "Impulskontrolle" solche Faktoren, die als "soziale Angepaßtheit" zusammengefaßt werden könnten, miterfaßt wurden, was wiederum mit der Tendenz einhergehen könnte, psychische Beschwerden zu verleugnen. Inwieweit jedoch ein solcher Zusammenhang

tatsächlich besteht, müßte durch weitere Untersuchungen abgeklärt werden.
Signifikante Korrelationen fanden sich auch für die Komponente "Vorstellungsvermögen" mit verschiedenen anderen Variablen. So korreliert diese Funktion signifikant positiv mit der Schulbildung; je höher die Schulbildung, desto besser wurde die Fähigkeit eingeschätzt, zwischen konkreten und abstrakten Denkweisen hin und her zu pendeln.
Eine andere signifikante positive Korrelation ergab sich wiederum in Hinblick auf die Angabe psychischer Beschwerden; der Faktor "Vorstellungsvermögen" wurde um so höher eingeschätzt, desto häufiger von den Patienten seelische Beschwerden angegeben wurden. Dieser Befund könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Fähigkeit, psychische Beeinträchtigungen wahrzunehmen, wesentlich mit der Fähigkeit, innere Zustände benennen zu können, zusammenhängt.
Schließlich wurde eine signifikante negativ korrelative Beziehung zwischen der Komponente "Vorstellungsvermögen" und der Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe gefunden. Bei ältesten Geschwistern wurde dieser Faktor niedriger eingeschätzt. Ob dies damit zusammenhängt, daß älteste Geschwister und Einzelkinder im Vergleich zu den übrigen Patienten weniger sprachliche und intellektuelle Anregungen erhalten als Nachgeborene, die im Umgang mit Geschwistern solche Fähigkeiten leichter erwerben können, muß an dieser Stelle offen bleiben.

Zuletzt konnte eine signifikante negative Korrelation der Komponente "Narzißtische Gleichgewichtsregulierung" mit der Angabe psychischer Beschwerden gefunden werden; je besser demnach die Selbstwertregulierung gelingt,

desto weniger wurden von den ekzemkranken Patienten psychische Beschwerden angegeben; umgekehrt gaben die Patienten an, um so weniger auch unter psychischen Beschwerden zu leiden, desto weniger sie sich in ihrer Selbstwertregulierung beeinträchtigt fühlten.

In einem weiteren Schritt wurde die Annahme formuliert, daß die ermittelten psychopathologischen Befunde in Hinblick auf die Ich-Funktionen um so ausgeprägter sein müßten, je jünger der Patient bei Erstmanifestation der Dermatose war. Anders ausgedrückt sollte davon ausgegangen werden, daß diejenigen Patienten, bei denen das Ekzem einen bisher relativ kurzen Verlauf genommen hat, allenfalls geringfügige Beeinträchtigungen ihrer Ich-Funktionen aufweisen. Diese Annahme bestätigte sich jedoch bei Berechnung der Korrelationen nicht. Es konnten keinerlei Beziehungen zwischen Erstmanifestationsalter des Ekzems und dem Störungs- bzw. Ausprägungsgrad aller bzw. einzelner Ich-Funktionen gefunden werden. Hier könnte indessen der Einwand erhoben werden, daß solche Unterschiede nicht zu erwarten seien, da es sich bei den nachgewiesenen Beeinträchtigungen der Ich-Organisation alleine um reaktive Veränderungen der Patienten auf die Ekzemkrankheit hin handele (vgl. dazu WHITLOCK 1980). Diese Ausgangslage wäre dann bei allen Patienten identisch, da sie zu einem Zeitpunkt untersucht wurden, als das Ekzem einen behandlungsbedürftigen Ausprägungsgrad angenommen hatte. Weiter könnte der Einwand lauten, daß ekzemkranke Patienten, bei denen sich zum Zeitpunkt der Untersuchung keine oder allenfalls geringfügige Hauterscheinungen hätten nachweisen lassen, "Normalbefunde" ohne Funktionsstörungen der Ich-Organisation gezeigt hätten.

Indessen würde es jeder klinisch-psychoanalytischen Erfahrung widersprechen, daß die dargestellten Funktionsstörungen der Ich-Organisation als Reaktion auf die Manifestation oder Exazerbation organischer Veränderungen auftreten; dies würde zudem bedeuten, daß sich vergleichbare psychopathologische Befunde auch bei Patienten nachweisen lassen müßten, die an anderen chronischen Dermatosen mit vergleichbar auffälligen Hautveränderungen wie bei dem endogenen Ekzem leiden. Es müßte sich darüber hinaus schließlich zeigen lassen, daß es zwischen "hautgesunden" und "hautkranken" Phasen bei ekzemkranken Patienten zu weitreichenden, ich-strukturellen Veränderungen kommt, eine dem formulierten Einwand implizite Behauptung, die allerdings nicht sinnvoll aufrechterhalten werden kann.
Eine letzte Überlegung galt schließlich der Frage, ob der Ausprägungsgrad der Ich-Störungen mit der Gesamtdauer der einzelnen Krankheitsphasen mit manifestem Ekzem in Zusammenhang stehen könne. Auch hier ergab sich kein korrelativer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Krankheitsbildes und der Gesamtdauer der Krankheitsphasen einerseits sowie dem Schweregrad der Ich-Funktionsstörungen auf der anderen Seite.

Insgesamt läßt sich aufgrund der orientierenden korrelativen Berechnungen festhalten, daß die Funktionen des Ich der Patienten sowie das Niveau deren verschiedener Komponenten nur geringe Beziehungen sowohl mit psychosozialen Daten der Patienten wie mit medizinischen Faktoren ihrer Hauterkrankung aufweisen.

2.1 Objektbeziehungen

Unter dem Stichwort "Objektbeziehungen" wurden die Beziehungen der ekzemkranken Patienten zu ihrer Umwelt beschrieben. Dabei steht - der psychoanalytischen Bedeutung dieses Begriffes gemäß - nicht in erster Linie die reale, manifeste und von einem Betrachter zu beobachtende Interaktion zwischen verschiedenen Individuen im Vordergrund des Interesses, sondern die subjektiven Bedeutungen, Vorstellungen und Phantasien über die Beziehung des Selbst zu seinen Objekten bzw. deren Repräsentanzen. Es handelt sich somit um einen intrapsychischen Sachverhalt, der indessen für das soziale Handeln in realen Beziehungen von entscheidender Bedeutung ist. Die spezifischen Merkmale der psychischen Repräsentanz eines Objekts sind zwar nicht unabhängig von dessen wahrnehmbaren, realen Eigenschaften. Der intrapsychische, symbolische Bedeutungsgehalt eines Objekts bestimmt sich indessen u. a. nach den biologisch determinierten Triebkräften des Individuums, die am Objekt der phasenspezifischen Entwicklung des Kindes entlang als "Es-Aufträge" (LINCKE 1981) zur Geltung gelangen; der emotionale Bedeutungsgehalt des Objekts hat somit Triebquellen.

Wenn die Objektbeziehungen der Ekzemkranken hier unter verschiedenen Gesichtspunkte - nach ihrer Reife, dem Verhältnis der "Bezogenheit" sowie nach dem Aspekt ihrer vom Selbst getrennten Eigenständigkeit*) - beschrieben

*) Es sei an dieser Stelle noch einmal daran erinnert, daß der Aspekt der Objektkonstanz wegen einer zu großen Anzahl von Fehlurteilen bei der Einschätzung von weiteren Interpretationen ausgeschlossen werden mußte. Dies ist sicher als Mangel insofern anzusehen, als Objektkonstanz eine für die Eigenständigkeit und Autonomie des Subjekts entscheidende Qualität von Objektbeziehungen beschreibt. Aus Gründen der Einhaltung der zugrunde gelegten Auswertungskriterien war dieses Vorgehen jedoch unvermeidlich.

werden, so bedeutet dies nicht, daß es sich um jeweils voneinander unabhängige psychische Sachverhalte handele. Vielmehr wird dabei das gleiche Phänomen lediglich von verschiedenen Seiten her betrachtet. Aus Gründen der Interdependenz der verschiedenen Komponenten der Objektbeziehungen war damit zu rechnen, daß sich in Hinblick auf die einzelnen Komponenten der Objektbeziehungen von Ekzemkranken relativ ähnliche Schätzurteile ergeben würden.

Der Grad der Reife von Objektbeziehungen bestimmt sich nach dem Ausmaß von Fixierungen an infantile Objekte. Je traumatisierender infantile Beziehungen erfahren wurden, desto ausgeprägter werden solche Fixierungen sein; ebenso wird in diesem Fall die Wahrscheinlichkeit groß sein, daß aktuelle Beziehungen zu Objekten von Übertragungen solcher traumatischer infantiler Objektbeziehungen verzerrt werden.
Die Reife von Objektbeziehungen wurde bei der Gruppe der ekzemkranken Patienten im Mittel mit dem Punktwert 2.1 (2.0)*) eingeschätzt. Dabei beruht der durchschnittliche Punktwert auf der Einschätzung von 29 (28) Patienten. Den Punktwert 1 erhielten 5 (6) Patienten, den Punktwert 2 16 (18) Patienten, den Punktwert 3 8 (1) Patienten, während die Punktwerte 4, 5, 6 und 7 von dem ersten Rater nicht vergeben wurden, während der zweite Rater noch drei Patienten mit dem Punktwert 4 einschätzte.

*) Der in Klammern gesetzte Wert gibt jeweils das Schätzurteil des zweiten Beurteilers wieder.

Dieser durchschnittlichen Einschätzung zufolge erscheinen die Objektbeziehungen der ekzemkranken Patienten somit in hohem Maße unreif. Ob die Patienten manifest kontaktarm leben oder aber zahlreiche und scheinbar sehr unterschiedliche soziale Beziehungen eingehen können, ändert an diesem Sachverhalt nichts; in jedem Falle tragen ihre Beziehungen den Charakter oft stereotyp sich wiederholender, abhängig-infantiler Objekterfahrungen, die von passiven Wünschen nach Versorgung, Abhängigkeit und "emotionaler Nahrung" gekennzeichnet sind. Diese Bedürfnisse werden unterschiedlich bewußtseinsnahe erlebt; bisweilen verbergen sie sich hinter äußerst angestrengten, bis zur Erschöpfung führenden Aktivitäten, die Abwehrfunktionen erfüllen.
Andere ekzemkranke Patienten sind bestrebt, Beziehungen zu anderen, soweit dies irgend möglich ist, weitgehend zu vermeiden. Die Aufrechterhaltung weitgehender Distanz vermittelt ihnen ein Gefühl von Sicherheit.
Mehrere weibliche Ekzemkranke hatten vergleichsweise häufig wechselnde, jeweils kurzzeitige Beziehungen zu Männern, die sie in gleichförmiger Wiederholung von sich aus beendeten, wenn von seiten der Partner größere emotionale Nähe gesucht wurde. Verheiratete Patientinnen bezeichneten die Beziehung zu ihrem Ehepartner oft als "ganz normal", ohne indessen differenziertere Erlebnisqualitäten solcher Normalität schildern zu können; auf entsprechende Nachfragen reagierten sie oft verständnislos; sie schienen in diesen Beziehungen wie in sich abgekapselt zu leben, aber zugleich die distanzierte Präsenz des Partners dringend zu benötigen.

Unter dem Gesichtspunkt, der hier abgekürzt mit Regulierung von Selbst-Objekt-Grenzen (Bezogenheit auf Objekte) bezeichnet wird, werden Eigenschaften der Objektbeziehungen wie Nähe und Distanz, symbiotische Merkmale, narzißtische Qualitäten sowie das Ausmaß von Separation und Individuation (MAHLER 1972) beschrieben.
Den Einschätzungen auf der Grundlage der Interview- und Anamnesedaten sowie der TAT-Testprotokolle zufolge stellten sich die Objektbeziehungen der ekzemkranken Patienten als überwiegend gekennzeichnet durch schizoide Rückzugstendenzen dar. Hier betrug der durchschnittliche Punktwert 2.2 (2.4). Der durchschnittliche Punktwert beruht auf der Einschätzung von 29 (30) Patienten. Den Punktwert 1 erhielten 3 (1) Patienten, den Punktwert 2: 18 (17) Patienten und den Punktwert 3: 8 (11) Patienten. Auch hier wurden die Punktwerte 4, 5, 6 und 7 von dem ersten Rater nicht vergeben, während der zweite Rater einen Patienten nach dem Punktwert 5 einschätzte, die Punktwerte 4, 6 und 7 wurden ebenfalls nicht vergeben.
Wenn überhaupt, dann gehen die ekzemkranken Patienten distanzierte Beziehungen ein, in denen sie von dem anderen oftmals kühl-abweisend erlebt werden; emotionale Nähe wird als Bedrohung erlebt. Es ist den Patienten so gut wie nicht möglich, flexibel zwischen Annäherung und Entfernung, Verbundenheit und Trennung zu wechseln. Manchmal erscheinen die Beziehungen von außen her betrachtet wie eingefroren und erinnern an die von BOUVET (1967) beschriebene "relation à distance". Die Betonung emotionaler Distanz bedeutet nicht, daß manifeste Kontakte zu anderen Menschen vermieden werden. Im Gegenteil wird von den Patienten die physische Präsenz des Objekts häufig gesucht und gebraucht, ohne daß deshalb die innere Distanz verringert

werden könnte. Einige Patienten erleben bewußt intensive Wünsche nach Nähe, die sie andererseits jedoch gerade vermeiden müssen. Häufiger aber sind die Objektbeziehungen von Anklammerungs- und Abhängigkeitstendenzen geprägt, wobei die Patienten oft das Gefühl brauchen, mit anderen in ununterbrochener Verbindung zu stehen, ohne auch dort die eigene sichernde Distanz aufgeben zu können. Alleinsein wird nur schwer ertragen. Dies kann sich gelegentlich als eine Art von "Objekthunger" äußern. Manche Patienten schildern, daß sie auch bei vorübergehender Trennung von bedeutsamen anderen in eine unerklärliche Panikstimmung geraten können.

In Hinblick auf die Komponente der Bezogenheit auf Objekte finden sich somit bei ekzemkranken Patienten zwei Tendenzen: zum einen werden Objekte in einer Weise gebraucht, daß ihnen eine wichtige Funktion in Hinblick auf das eigene Wohlbefinden zuzukommen scheint, wozu ihre physische Präsenz notwendig ist. Zum anderen steht dieser Bedürftigkeit nach Objekten das Bestreben gegenüber, sie in Sicherheit vermittelnder, auf ein Minimum emotionaler Verbundenheit reduzierte, gleichsam eingefrorene Distanz zu halten.

Die Komponente "Wahrnehmung und Erleben von Objekten als vom Selbst unabhängig" erfaßt, inwieweit Objekte als vom Selbst getrennt und als unabhängig und eigenständig bzw. als Extensionen des Selbst im Sinne von funktionserfüllenden Teilen dieses Selbst erlebt werden.
Mit dem Punktwert 2.1 (2.0) wurde eine durchschnittliche Einschätzung vorgenommen, die besagt, daß Objekte nur wenig aus deren eigener Erlebniswelt heraus verstanden werden können. Sie müssen der jeweils eigenen Bedürfnis-

befriedigung des Patienten dienen, können jedoch kaum in ihrer eigenen inneren Erfahrungswelt empathisch erlebt werden. Diese Objektqualität hat stabilisierende und bedürfnisbefriedigende Funktionen in Hinblick auf die eigene psychische Homöostase; der andere ist gleichsam nicht eigenes Subjekt, sondern Funktionsträger in Hinblick auf die eigene Person.
Auch die Schätzurteile dieser Komponente der Objektbeziehungen waren vergleichsweise homogen und gründeten sich auf die Einschätzung von 29 (27) Patienten: 8 (9) Patienten erhielten den Punktwert 1, 12 (12) den Punktwert 2, 8 (4) den Punktwert 3 und 1 (2) Patient erhielt den Punktwert 4; die Punktwerte 5, 6 und 7 erhielt kein Patient.
Danach fällt es der ganz überwiegenden Mehrzahl der ekzemkranken Patienten schwer, andere als das zu erleben, was sie sind: eigene, unabhängig sich verhaltende und erlebende Subjekte. Gelegentlich sind bei den Patienten angestrengte Bemühungen zu beobachten, andere manipulativ zur Erfüllung eben jener gleichgewichtsregulierenden Funktionen zu bewegen, die der eigenen Bedürftigkeit entsprechend benötigt werden.

Die Objektbeziehungen ekzemkranker Patienten können somit charakterisiert werden als unreif, von ausgeprägtem Wiederholungscharakter, als distanziert-abhängig und in einer Weise funktionalisiert, daß das Objekt nicht als eigenständiges Subjekt erlebt werden kann. Diese knappe Beschreibung der verschiedenen Objektbeziehungskomponenten gibt jedoch noch keinen Aufschluß über deren besondere Zusammenhänge und wechselseitige Abhängigkeiten. Dieser Zusammenhang stellt sich indessen in einem klinisch sich manifestierenden Typus von Objektbeziehungen her, der im folgenden als "komplementäre Einfügung" beschrieben und interpretiert werden soll. Denn

Begriffe wie "symbiotische Beziehung", "mangelnde Grenzen von Selbst- und Objektrepräsentanzen" oder "Objekte als Extensionen des Selbst" erscheinen nicht hinreichend, um die besonderen Objektbeziehungen ekzemkranker Patienten auf deskriptiver Ebene zu erfassen.

Wie mannigfaltig sich die manifesten sozialen Beziehungen von Ekzemkranken dem Beobachter auch darstellen mögen, so scheinen sie sich doch darin zu gleichen, daß die Patienten wie auf Objekte hin zu leben und von ihnen gesteuert erscheinen. Die von außen her wahrnehmbaren Merkmale und Eigenschaften der Objekte haben für die Patienten große Bedeutung. Es hat den Anschein, wie wenn das jeweilige Gegenüber gleichsam ununterbrochen daraufhin abgesucht wird, welche Signale für dessen Befindlichkeit von ihm ausgehen. Dieser Vorgang des Abtastens anderer vollzieht sich überwiegend unbewußt und läßt sich am ehesten als eine immer vorhandene, basale innere Grundausrichtung der ekzemkranken Patienten beschreiben, vergleichbar der Funktion eines Seismographen. Signale, die das Gegenüber aussendet, beziehen die Patienten auf sich selbst, solange der andere physisch präsent ist. Dabei orientieren sich die Patienten insbesondere an solchen Signalen, die als Äußerungen von Unlust des anderen interpretiert werden. In psychotherapeutischen Behandlungen von Ekzemkranken konnte wiederholt beobachtet werden, wie schon leise Veränderungen im Tonfall des anderen die Patienten wie automatisch zu einer Veränderung in der Ausrichtung ihrer eigenen Äußerungen, ihres eigenen Tonfalles oder ihrer Mimik veranlassen können. Es hat den Anschein, wie wenn die Patienten im Kontakt mit anderen fortlaufende Veränderungs- und Abstimmungsbewegungen ihrer selbst vollzögen.
Diese Verhaltensweisen könnten als Ausdruck eines gefügigen Abwehrverhaltens mißverstanden werden. Die Ge-

fügigkeit des Zwangscharakters ist jedoch eine Eigenschaft, die primär der Triebabwehr dient. Bei der Ausrichtung der Ekzemkranken an Unlustsignalen ihrer Objekte handelt es sich jedoch um einen Prozeß, in dem Triebabwehr gleichsam nur ein Epiphänomen darstellt. Vielmehr scheinen die ekzemkranken Patienten gleichsam auf den Entwurf eines konturierten Selbst in Interaktion mit anderen zu verzichten; dessen Gestalt wechselt je nach gerade bedeutsamen Objekten und wird von den als Unlustäußerungen des Objekts wahrgenommenen Signalen bestimmt.

Wenn MARTY die Objektbeziehungen Ekzemkranker als Ausdruck einer projektiven Angleichung des Objekts an das Subjekt charakterisiert, so mag diese Interpretation mit den geschilderten Befunden übereinstimmen. Fraglich erscheint hingegen, ob die identifikatorische Angleichung des Subjekts an das Objekt ebenso wie die Kennzeichnung der Objekte von Ekzemkranken als "Gast-Wirts-Objekte", von denen MARTY spricht, die Qualität der Objektbeziehungen dieser Patientengruppe zureichend wiedergibt. Die ekzemkranken Patienten gleichen sich nicht unterschiedslos an ihre Objekte an; Selbst- und Objektrepräsentanzen erscheinen nicht ununterscheidbar verwischt. Statt dessen scheinen sich die Patienten den vom Objekt bestimmten Grenzen gleichsam als dessen Komplement einzufügen. Bildlich ausgedrückt kommt es nicht zu einer unterschiedslosen Verschmelzung, sondern zu permanenten Bewegungen, mit denen sich das Subjekt in die Lücken des Objekts solange einzufügen versucht, bis es in diese Lücken wie ein dem Objekt zu dessen Vollständigkeit noch fehlender Teil zu passen scheint.

Zwar lassen sich die Objekte der ekzemkranken Patienten als narzißtische bezeichnen (vgl. EISNITZ 1969, SCHUMACHER 1970, MILLER 1971, ZEPF, KÜNSEBECK und SITTARO 1981); ob die Patienten hingegen im unbewußten Erleben eine Verschmelzung mit ihren Objekten anstreben, muß zumindest als fraglich gelten.
Nach außen hin können ekzemkranke Patienten häufiger relativ stabil und konturiert erscheinen. Dies scheint immer dann der Fall zu sein, wenn die Umgebungsbedingungen, unter denen sie leben, sich wenig verändern, wenn insbesondere ihre aktuell wichtigen Objekte ihren Platz in ihrem Erleben nicht verändern. Erst, wenn sich die Beziehungen zu ihren Objekten verändern, wenn neue Objekte bedeutsam werden oder vertraute Objekte gleichsam ihren Platz wechseln, wird deutlich, daß die scheinbar konturierte Identität ekzemkranker Patienten in Abwesenheit der sie bestimmenden Objekte brüchig wird. Eine stabile Identität besteht nur solange, wie sich die Patienten relativ dauerhaft komplementär den ihnen verfügbaren Objekten einfügen können. Wechseln die Objekte aber ihren Platz, verändert sich die Beziehung des Patienten zu seinen Objekten, verändert sich die zuvor als stabil imponierende Identität. Jetzt muß der Versuch der komplementären Einfügung erneut in Gang gesetzt werden und kommt erst wieder dann zu relativem Stillstand, wenn die neuen oder veränderten Objekte ausreichend seismographisch abgetastet sind, damit die Patienten sich wiederum reibungslos dem jeweiligen Objekt einfügen können.
Als Auslöser für diese Bewegungen der Neuausrichtung können scheinbar minimale Veränderungen des Objekts ausreichen. Die typischen Merkmale symptomauslösender oder -verstärkender Situationen bestehen offenbar nicht

alleine darin, daß entweder die plastischen Identifizierungsmöglichkeiten des Subjekts mit dem Objekt überschritten werden oder zwei zugleich besetzte Objekte sich als unverträglich erweisen (MARTY 1974); vielmehr scheinen die Situationen, in denen sich die organische Symptomatik manifestieren oder verstärken kann, weitaus unspezifischer. Hierzu scheint es immer dann kommen zu können, wenn der beschriebene Prozeß der komplementären, reibungslosen Einfügung auf Widerstände stößt, mißlingt oder unterbrochen wird.
In psychotherapeutischen Behandlungen von ekzemkranken Patienten kann gelegentlich beobachtet werden, daß Störungen des Versuches reibungslosen Sich-Einfügens zu Kratzbewegungen führen kann. Wie weit in diesem Mechanismus indessen e i n Auslösefaktor für das Kratzen zu sehen ist, kann in diesem Zusammenhang jedoch nicht beantwortet werden.
Das weitgehende Vermeiden sozialer Beziehungen, das bei vielen Ekzemkranken nachzuweisen ist, stellt sich in diesem Zusammenhang als ein Versuch dar, im Sinne eines sekundären Abwehrverhaltens die beschriebene primäre Selbst-Objekt-Problematik zu umgehen. Werden jedoch Beziehungen eingegangen, die sich nicht umgehen lassen, wie etwa in einer psychotherapeutischen Behandlung, dann kommt es unvermeidlich zu den beschriebenen komplementären Einfügungsbewegungen des Subjekts in das Objekt, das gleichsam das Negativ für die Gestalt zur Verfügung stellt, in der sich der Patient seinem jeweiligen Objekt anbieten wird. Dieser Prozeß scheint nicht zur unterschiedslosen Verschmelzung von Selbst und Objekt zu führen. Das Selbst bleibt vom Objekt verschieden; dagegen wird - bildlich ausgedrückt - der Abstand zwischen Selbst und Objekt weitgehend aufgehoben.

Zwar hat das Selbst Grenzen; es sind jedoch keine eigenen Grenzen, weil die Grenzen des Subjekts von den Grenzen des Objekts bestimmt werden; beide Grenzen scheinen identisch zu werden.

In dieser klinisch-beschreibenden Darstellung von Objektbeziehungsphänomenen bei ekzemkranken Patienten konvergieren jene Phänomene, die zuvor zum Zwecke einer systematischen Erfassung als deren Teilkomponenten untersucht wurden. Darüber kann jedoch nicht vergessen werden, daß aus der hier notwendigerweise gewählten deskriptiven Ebene der Darstellung psychodynamische Erklärungen der beschriebenen Phänomene nicht unmittelbar abgeleitet werden können. Kaum fraglich erscheint hingegen, daß den bei ekzemkranken Patienten beschriebenen, häufig anzutreffenden Mustern ihrer Objektbeziehungen offenbar eine wichtige psychodynamische Bedeutung zukommt.

2.2 Narzißtische Gleichgewichtsregulierung

Die beiden Komponenten der Selbstwertregulierung und der Aufrechterhaltung von Selbst-Grenzen, die von BELLAK, HURVICH und GEDIMAN (1973) dem Wirklichkeitssinn zugerechnet werden, sollen hier unter dem Gesichtspunkt narzißtischer Gleichgewichtsregulierung behandelt werden.

Beide Komponenten liegen bei den ekzemkranken Erwachsenen dieser Gruppe in pathologischen Bereichen. Während die Komponente der narzißtischen Gleichgewichtsregulierung den durchschnittlichen Punktwert 2.4 (2.3) erhielt mit einer Verteilung von Punktwert 1: 3 (3) Patienten, Punktwert 2: 14 (16) Patienten, Punktwert 3: 12 (10) Patienten und Punktwert 4: 1 (1) Patient, wobei sich die Einschätzungen beider Beurteiler auf 30 Patienten stützten, erhielt die Komponente "Aufrechterhaltung von Selbst-Grenzen" lediglich den Punktwert 1.8 (1.6). Die zuletzt genannte Komponente konnte lediglich von 25 (27) Patienten eingeschätzt werden, wobei 10 (12) Patienten den Punktwert 1 erhielten, 10 (13) den Punktwert 2 und 5 (2) Patienten den Punktwert 3. Von beiden Ratern wurden die Punktwerte 4, 5, 6 und 7 nicht vergeben, so daß sich die Untersuchungsgruppe hinsichtlich dieser Komponente als weitgehend homogen darstellt.
Während das Selbstwertgefühl im optimalen Fall auch unter belastenden äußeren Bedingungen stabil bleibt und allenfalls vorübergehenden Schwankungen unterliegt, leiden ekzemkranke Patienten häufiger unter erheblichen Selbstunwertgefühlen, bewußt hingegen nicht unter einem unrealistischen Erleben von Grandiosität und Allmacht. Die Patienten fühlen sich klein, schwach, hilflos und fragil, wobei sie diese Gefühle gelegentlich in einem meist ungezielten Aktivitätsdrang unter

einer Art von "Reizhunger" abzuwehren versuchen. Sie sind in oftmals erheblichem Ausmaß von dem Urteil ihrer Umgebung abhängig, extrem kränkbar und leben dabei im Grunde in der Hoffnung, durch von außen entgegengebrachte Wertschätzung von ihren quälenden Selbstunwertgefühlen befreit zu werden, während sie manifest in "distanzierter Autarkie" ihre Unabhängigkeit unter Beweis zu stellen bemüht sind. Das Selbstwertgefühl sowie das Gefühl für die eigene Identität können vordergründig solange relativ stabil erscheinen, wie die Beziehungen zu wichtigen Objekten unverändert bestehen bleiben. Kann jedoch die "optimale Distanz" nicht mehr aufrechterhalten werden, zeigt sich die Brüchigkeit dieser vermeintlichen Stabilität; manchen Patienten droht das Gefühl für ihre Eigenständigkeit verlorenzugehen; quälende Selbstunwertgefühle können die Oberhand gewinnen. Andere Patienten versuchen in unermüdlicher Suche nach betäubenden Stimuli diese Erlebnisqualitäten von der bewußten Wahrnehmung fernzuhalten.
Keiner der Patienten der hier untersuchten Gruppe von ekzemkranken Erwachsenen war von der Einschätzung eines äußerst labilen Selbstwertgefühls auszunehmen. Allerdings unterscheiden sich die Patienten deutlich in der Hinsicht, daß Gefühle von Wertlosigkeit, innerer Leere, Selbstzweifeln oder diffuser Niedergeschlagenheit, die sich gelegentlich auch körperlich manifestieren kann, von einigen bewußt erlebt werden und Leiden verursachen, während bei einer anderen Gruppe von Patienten aufkommenden Unlustempfindungen unmittelbar mit Abwehrmaßnahmen entgegengearbeitet wird, wobei insbesondere bei jüngeren Patienten häufig exzessive Reizstimulierung durch laute Musik, suchtartiges Fernsehen oder motorische, als "Abreagieren" erlebte Aktivitäten eine Rolle spielt.

Von den manifest an ihrer Selbstwertproblematik leidenden Patienten wird fast ausnahmslos geschildert, daß sie sich zwar "etwas besser" fühlten, wenn sich ihre Hautsymptomatik gebessert habe, ohne aber einen unmittelbaren Zusammenhang von Ekzemexazerbation und den sie quälenden Gefühlen zu erleben. Vielmehr hat es bei diesen Patienten den Anschein, als fügten sich die Hauterscheinungen nur als ein Teil in ein komplexeres Zusammenspiel von zugleich physischen wie psychischen Symptommanifestationen ein. Diese Gruppe von Patienten scheint noch am ehesten auf psychoanalytische Therapieangebote positiv anzusprechen. Jedoch fürchten sie diese therapeutische Beziehung zugleich so sehr, daß nur dann, wenn von seiten des Therapeuten das Bedürfnis nach Aufrechterhaltung einer "optimalen Distanz" ausreichend sensibel beachtet wird, auch damit zu rechnen ist, daß sie eine längerfristige therapeutische Beziehung eingehen können. Minimale Versagungen ebenso wie zu intensive Angebote emotionaler Nähe können rasch und unvermittelt zu einem sofortigen Abbruch der Beziehung zum Therapeuten führen. Diese Beobachtung wirft besonderes Licht auf die Beziehung des ekzemkranken Patienten zu seinem, ihn organmedizinisch-dermatologisch versorgenden Arzt: es stellt sich die Frage, ob nicht in dieser Beziehung die "optimale Distanz" qua Rollenverteilung so festgelegt ist, daß ärztliche Zuwendung, Versorgung und Anteilnahme zugleich gesichert, wie durch ihre Einschränkung auf körperliche Versorgung auf eine ungefährliche Distanz festgeschrieben ist.

Diejenigen Patienten, die ihren unlustvollen Stimmungen und Affekten in aktiviertem Abwehrverhalten entfliehen müssen, reagieren auf Therapieangebote häufig mit einer Intensivierung ihrer Fluchtbemühungen. Zumal dann, wenn

sie mit dem Abwehrcharakter ihres Verhaltens früh konfrontiert werden, ist der therapeutische Kontakt leicht auf Dauer abgeschnitten.
Eine dritte Gruppe von Patienten ist an psychoanalytischen Therapieangeboten manifest meist ohnehin nicht interessiert, zumal dann, wenn diese Patienten sich selbst als psychisch völlig gesund erleben.

2.3 Realitätsprüfung

Zwischen der Fähigkeit der Wahrnehmung von Dingen und Ereignissen, die das Ich in die äußere Realität lokalisiert und der Erlebnisfähigkeit von innerpsychischen Akten, Gefühlen, Vorstellungsinhalten, Impulsen oder Phantasien, die introspektiv erfaßt werden, zeigen sich bei ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter relativ markante Differenzen. Dieser Befund spiegelt sich wider in der deutlich höheren Einschätzung der Funktion der "äußeren Realitätswahrnehmung" im Vergleich zu der der "Binnenwahrnehmung".
Die Komponente der äußeren Realitätswahrnehmung konnte von 30 (29) Patienten eingeschätzt werden. Einem (zwei) Patienten wurde der Punktwert 1 gegeben; 3 (4) Patienten erhielten den Punktwert 2, 15 (13) den Punktwert 3, 9 (8) den Punktwert 4 sowie 2 (2) Patienten den Punktwert 5.
Demgegenüber wurde die Funktion der "Binnenwahrnehmung", deren Einschätzung sich auf die Daten von 30 (30) Patienten stützte, bei 5 (6) Patienten mit dem Punktwert 1 eingeschätzt, bei 14 (11) Patienten mit dem Punktwert 2, bei 7 (10) Patienten mit dem Punktwert 3, bei 2 (3) Patienten mit dem Punktwert 4 und bei 1 (0) Patienten schließlich mit dem Punktwert 5. Beide Komponenten wurden von keinem der Beurteiler mit den Punktwerten 6 und 7 eingeschätzt. Der durchschnittliche Punktwert der "äußeren Realitätswahrnehmung" betrug 3.3 (3.1), der der "Binnenwahrnehmung" dagegen 2.3 (2.3).
Es würde indessen mit den klinischen Beobachtungen nicht übereinstimmen, wenn man davon ausgehen würde, daß die Komponente der äußeren Realitätswahrnehmung bei ekzemkranken Patienten eine differenziert ausgeprägte Funktion ist. Vielmehr ist zu fragen, ob nicht der "äußere

Realitätsraum" im Vergleich zum "inneren Realitätsraum" eine Überbesetzung erfährt. Die Wahrnehmungsfunktion des Ich erscheint bei den Patienten einlinig und habituell auf äußere Realität ausgerichtet zu sein, die mit gleichförmig angespannter Aufmerksamkeit beobachtet wird. Bei genauerer Untersuchung enthüllt sich, daß das wahrnehmende Ich innerhalb des "äußeren Realitätsraumes" gleichsam seinen Blick einzuengen scheint auf den Signalcharakter äußerer Realitätsereignisse, wobei insbesondere im Kontakt mit bedeutsamen Objekten deren Äußerungsformen nicht in deren eigenständigem Sinngehalt aufgefaßt werden können. Geht man der Frage nach, wie Ekzemkranke für sie wichtige Objekte wahrnehmen, zeigt sich gerade hier, daß deren Wahrnehmung global, diffus und lückenhaft bleibt.

> Eine 20jährige ekzemkranke Frau beschreibt andere Menschen in ihrer näheren Umgebung ausschließlich in den Kategorien von entweder "ganz nett" oder "nicht so nett". Sie vermag nicht zu sagen, was sie bei dem anderen jeweils "nett" oder "weniger nett" findet. Mit entsprechenden Nachfragen oder Aufforderungen, die andere Person genauer zu beschreiben, kann sie wenig anfangen. Es scheint, als erlebe sie ihr nahestehende Menschen jeweils in bezug darauf, ob sie ihr gleichsam ein angenehmes oder weniger angenehmes "Klima" schaffen. Zwar können in ihrem Erleben "nette" und "nicht so nette" Seiten bei der gleichen Person gleichzeitig vorkommen, so daß sie offenbar nicht in gute und böse Objekte spalten muß (vgl. KERNBERG 1978), aber sie vermag ihr Erleben nicht an konkretisierbaren Eigenschaften des anderen festzumachen.

Diese eingeschränkte Wahrnehmung kann manchmal so ausgeprägt sein, daß selbst von solchen Objekten, mit denen die Patienten über längere Zeit hinweg in engem Kontakt gestanden haben oder noch stehen, nur einige disparate und besonders hervorstechende äußere Merkmale wiedergegeben werden.

Dort, wo Gelegenheit besteht, ekzemkranke Patienten in unmittelbarer Interaktion mit anderen zu beobachten, bestätigt sich der Eindruck, daß die diffus erscheinende Wahrnehmung nicht in erster Linie Ausdruck dessen ist, daß die Patienten nicht zu ganzheitlichen Objektrepräsentanzen finden, sondern daß reale Objekte offenbar bereits im Prozeß der Wahrnehmung auf wenige Signale reduziert werden. Somit geht die intensive Ausrichtung der Wahrnehmungsfunktion auf den "äußeren Realitätsraum" einher mit einer Einschränkung einer komplexen, aber in sich zusammenhängenden Realität auf wenige und disparate Signale.

Die erheblichen Schwierigkeiten ekzemkranker Patienten, Ereignisse wahrzunehmen, die das Ich dem innerseelischen Erfahrungsraum zurechnet, steht in Übereinstimmung mit den als "Alexithymie" und als "pensée opératoire" beschriebenen Befunden. Der Mangel an Phantasien und differenzierten Gefühlen, der mit stereotypen Redewendungen und "Paradeantworten" nach außen hin verdeckt wird, wird dort als spezifischer Defekt psychosomatisch Kranker interpretiert, der sich - anders als bei neurotischen Patienten - nicht auf Abwehrmaßnahmen in Zusammenhang mit intrapsychischen Konflikten zurückführen lasse. Wie weit diese Interpretation den Befund der Kargheit des Ausdrucks von Gefühlen, Vorstellungen und Phantasien bei ekzemkranken Patienten abdecken kann, läßt sich in diesem Zusammenhang nicht entscheiden. Jedoch fällt auf, daß ekzemkranke Patienten - auf ihre gefühlshafte Beteiligung an für sie bedeutsamen Situationen hin angesprochen - ganz überwiegend ratlos reagieren. Daß solche Ratlosigkeit mit stereotypen Redewendungen und Verweisen auf anonyme Normalitätsvorstellungen überdeckt würde, trifft indessen nur in Ausnahme-

fällen zu. Dies scheint vor allem bei jenen Patienten der Fall zu sein, in deren Herkunftsfamilien Gefühlsbefindlichkeiten keine beziehungsregulierende Bedeutung zukam, sondern in denen die interpersonellen Beziehungen unter den Familienmitgliedern selbst in erster Linie normativen Regeln zu folgen hatten, neben denen Freude, Trauer, Glück, Verzweiflung oder Schmerz des Einzelnen wenig Beachtung geschenkt wurde.
Diese Ratlosigkeit läßt sich am ehesten als Ausdruck der Unfähigkeit verstehen, eine nur diffus empfundene innere Erlebniswelt in differenzierender Gestalt zu erfassen. Die introspektiv zugänglichen Erfahrungen sind nicht als klar sich herauskristallisierende Affekte faßbar, sondern verbleiben im Stadium verschwommener Empfindungen, denen der Ekzemkranke zu unterliegen erlebt. Dabei gelingt den Patienten durchaus eine introspektive Rückbesinnung auf sich selbst im Sinne einer reflexiven Aktivität des Ich. Dort begegnen sie indessen - bildlich ausgedrückt - einer Landschaft ohne Konturen.
Indessen findet man bei Ekzemkranken kaum je eine ausgeprägte Phantasietätigkeit an. Etwaigen Aufforderungen zum konkreten Phantasieren vermögen sie nicht zu folgen. Auch hier antworten sie mit Ratlosigkeit, die jedoch eher Unverständnis darüber zum Ausdruck bringt, welcher seelische Erfahrungsbereich hier angesprochen sein könnte.
Insofern muß in Hinblick auf die introspektive Funktion des Ich unterschieden werden zwischen der diffusen Qualität der Empfindungswelt auf der einen und einem weitgehenden Mangel jeglicher Phantasietätigkeit auf der anderen Seite.

Während die Fähigkeit, "innere" Ereignisse wahrzunehmen bei 5 (6) Patienten annähernd nicht oder nur sehr gering ausgeprägt ist, fiel bei 3 Patienten eine relativ differenzierte Binnenwahrnehmung auf. Bei zwei dieser drei Patienten handelt es sich um Studenten, die über ausgesprochen differenzierte sprachliche Ausdrucksfähigkeiten und einen vergleichsweise großen "Sprachschatz" verfügten. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß nicht völlig auszuschließen ist, daß die Fähigkeit zum sprachlichen Ausdruck von innerseelischen Ereignissen die Einschätzung der Komponente der Binnenwahrnehmung mit beeinflußt hat, so daß in diesen Fällen in Zusammenhang mit den diagnostischen Erhebungen diese sprachlichen Modi fälschlicherweise für den Ausdruck einer differenziert wahrgenommenen "Binnenwelt" gehalten worden wären.

2.4 Urteilsfunktion

Die unter "Urteilsbildung" zusammengefaßten Komponenten des Ich wurden im Durchschnitt von beiden Beurteilern mit Punktwerten zwischen 2 und 3 eingeschätzt.
Die "Urteilsbildung" bezeichnet eine Fähigkeit zu symbolischen Operationen unter Verwendung von Repräsentanzen des Selbst und der äußeren Realität sowie deren interaktioneller Verknüpfung in symbolisch vorgestellten Handlungen.
Die symbolische Operation des Antizipierens (durchschnittlicher Punktwert 2.4 (2.7) mit der Verteilung Punktwert 1: 2 (0) Patienten, Punktwert 2: 14 (13) Patienten, Punktwert 3: 10 (12) Patienten und Punktwert 4: 1 (4) Patient bei insgesamt 27 (29) Einschätzungen), mit der Handlungsentwürfe auf dem Hintergrund absehbarer Folgen und zu erwartender Reaktionen geplant, verworfen und modifiziert werden oder aber zur endgültigen Handlung führen, kann von den ekzemkranken Patienten teilweise generell, teilweise in umschriebenen Lebensbereichen nur grob fehlerhaft durchgeführt werden. So berichten die Patienten beispielsweise von eigenem Unverständnis, wenn andere sich aufgrund ihres, von ihnen selbst in dessen wahrscheinlich zu erwartender Wirkung nicht einzuschätzenden, grob verletzenden oder taktlosen Verhaltens von ihnen zurückzogen. Einige ekzemkranke Studenten schilderten gelegentlich fassungsloses Erstaunen, wenn sie in Klausuren oder Prüfungen Mißerfolge ernteten, obwohl sie sich über die auf sie zukommenden Anforderungen zuvor nicht informiert hatten. In diesem Zusammenhang fällt auf, daß reale Begrenzungen insbesondere zeitlicher Art oftmals nur schwer als faktische Grenzen in Rechnung gestellt werden können.

Vergleichsweise häufig war bei den Patienten dieser Gruppe der Befund anzutreffen, daß sie auf diskrete körperliche Mißempfindungen mit erheblicher Besorgnis um die eigene Gesundheit reagieren, so daß solche Empfindungen leicht als Hinweise für schwere Organschäden interpretiert werden.

Eine andere Komponente der Urteilsbildung beleuchtet die "folgeorientierte Verhaltenssteuerung" genannte Funktion des Ich. Dabei steht der Aspekt im Vordergrund, wie weit sich in manifesten Verhaltensweisen ein Bewußtsein für deren mögliche oder wahrscheinliche Konsequenzen niederschlägt. Auch dieser Funktionsaspekt wurde bei den Patienten zwar nicht als generell beeinträchtigt, jedoch in umschriebenen Lebensbereichen als deutlich gestört eingeschätzt.
Von beiden Ratern wurde die Komponente der "folgeorientierten Verhaltenssteuerung" von 30 Patienten beurteilt. Im Durchschnitt erhielten die 30 Patienten von beiden Beurteilern den Punktwert 2.6, wobei diese Funktion bei keinem der Patienten mit den Punktwerten 5, 6 oder 7 eingeschätzt wurde. Drei (fünf) Patienten erhielten den Punktwert 1, 8 (8) den Punktwert 2, 15 (12) den Punktwert 3 und 3 (5) den Punktwert 4.

> Eine ekzemkranke Patientin läßt sich wie unter einem Wiederholungszwang immer wieder auf Beziehungen zu ähnlichen Männern ein, die sofort in sexuelle Intimitäten münden, nach denen die Männer sie dann jeweils verlassen. Obwohl der Patientin ihre eigenen Verhaltensmuster bekannt sind, kann sie sie in ihrer Bedeutung nicht durchschauen und fühlt sich nicht in der Lage, ihr eigenes Verhalten zu verändern.

Ein junger Student hat in den wenigen Semestern seines Studiums in Prüfungen und bei Klausuren immer wieder Mißerfolge, weil er im Grunde davon überzeugt ist, daß er zu ausreichenden Leistungen imstande ist, auch ohne sich den jeweils geforderten Wissensstoff anzueignen. Er ist hochintelligent und wird von seinen Lehrern für begabt gehalten. Er selbst "weiß", daß er sich auf die anstehenden Prüfungen besser vorbereiten müßte, beschäftigt sich aber doch weiterhin mit Fachfragen, die nur am Rande das geforderte Wissensgebiet berühren, ein Verhalten, das inzwischen dazu geführt hat, daß die Fortführung seines Studiums gefährdet ist.

Wie auch immer sich der jeweilige psychodynamische Hintergrund dieser neurotischen Verhaltensweisen im analytischen Prozeß aufklären würde, so läßt sich in Hinblick auf Leistungen des Ich feststellen, daß den Patienten zwar die symbolische Operation des Antizipierens mehr oder weniger hinreichend gelingt, ohne daß dies indessen handlungssteuernd wirksam werden könnte.

Die Beeinträchtigungen der "Verhaltensabstimmung", eine Komponente, die annähernd auch als Takt und Taktgefühl beschrieben werden könnte, drücken sich bereits in dem,auch von psychoanalytisch nicht geschulten Dermatologen mitgeteilten Eindruck aus, daß Ekzemkranke "irgendwie anders" als andere Hautkranke, "merkwürdig" oder "etwas befremdlich" wirken könnten. Als Hinweis darauf, daß es den ekzemkranken Patienten überwiegend schwerfällt, sich auch emotional auf jeweilige Realitätssituationen einzustellen, werden sie als schroff, kränkend, uneinfühlsam oder taktlos erlebt. Es kann vorkommen, daß sie auch in ernsten oder konfliktge-

spannten Situationen gleichförmig freundlich erscheinen; in zwanglosen Begegnungen können sie ihr Gegenüber durch schroff-abweisendes Verhalten vor den Kopf stoßen. Es scheint, wie wenn der jeweils andere oder die jeweiligen Bedingungen der Situation nicht in der Weise aufgenommen werden könnten, daß sie modulierend auf das eigene Verhalten und die eigene emotionale Involvierung einwirken würden.
Die Komponente der Verhaltensabstimmung konnte von 28 (30) ekzemkranken Patienten mit dem durchschnittlichen Punktwert 2.3 (2.6) eingeschätzt werden. Der Punktwert 1 wurde 3 (3) Patienten gegeben, der Punktwert 2: 14 (15) Patienten, der Punktwert 3: 10 (9) Patienten, der Punktwert 4: 1 (2) Patienten, die Punktwerte 5, 6 und 7 vom ersten Beurteiler keinem Patienten, während mit dem Punktwert 5 von dem zweiten Beurteiler noch 2 Patienten eingeschätzt wurden.

Wenn sich in den Einschätzungen der Urteilsfunktion auch eine eindeutige Tendenz in der beschriebenen Richtung bei der überwiegenden Mehrheit der ekzemkranken Patienten darstellt, so muß einschränkend doch darauf hingewiesen werden, daß sich diese Beeinträchtigungen bei wenigen Patienten nicht generell zeigen, sondern nur in Ausnahmesituationen darstellen. Drei dieser Patienten, deren Urteilsfunktion als vergleichsweise wenig gestört eingeschätzt wurde, sind identisch mit jenen, deren Ich-Leistungen auch in Hinblick auf den Aspekt der Realitätsprüfung als überdurchschnittlich angesehen wurden.

2.5 Wirklichkeitssinn

Größere Schwankungen zeigen sich innerhalb der Gruppe der 30 ekzemkranken Erwachsenen in Hinblick auf die "Wirklichkeitssinn" genannte Funktion der Ich-Organisation.
Wegen der hohen Quote von Fehleinschätzungen mußten die Ergebnisse der Beurteilung des "Sinnes für die Wirklichkeit der eigenen Person" von weiteren Interpretationsschritten ganz ausgeschlossen werden. Aber auch der Aspekt des "Sinnes für die Wirklichkeit der äußeren Realität" weist noch eine hohe Rate an Fehleinschätzungen auf. Aus diesem Grund soll diese Funktion hier nur beiläufig behandelt werden und innerhalb der gesamten Dateninterpretation von randständiger Bedeutung bleiben.
Immerhin ist bemerkenswert, daß von annähernd der Hälfte der Patienten über wiederholte Derealisationserlebnisse berichtet wird. Sie erleben ihre alltägliche Umwelt häufig als fremd und unvertraut, empfinden sich in ihrer Umgebung wie "hineingesetzt" und nicht dazugehörig oder nehmen an den Geschehnissen nur wie von außen her teil, ohne sich innerlich beteiligt zu fühlen. Derealisationserfahrungen psychotischen Ausmaßes sind bei den Patienten jedoch nicht bekannt; lediglich eine Patientin erkrankte im frühen Erwachsenenalter einmalig an einer psychotischen Episode.
Mehr am Rande sei in diesem Zusammenhang vermerkt, daß einige ekzemkranke Patienten spontan von Symptomen im Sinne einer Dysmorphophobie berichteten. Diesem Phänomen wurde zum Zeitpunkt der Datenerhebung jedoch nicht systematisch Aufmerksamkeit geschenkt, so daß offen bleiben muß, inwiefern sich hier Zusammenhänge mit diesem Krank-

heitsbild von größerer Tragweite andeuten (durchschnittlicher Punktwert 2.8 (3.4) bei 21 (23) Einschätzungen mit einer Verteilung von Punktwert 1: 0 (1) Patienten, Punktwert 2: 11 (6) Patienten, Punktwert 3: 6 (4) Patienten, Punktwert 4: 2 (7) Patienten, Punktwert 5: 1 (4) Patient und Punktwert 6: 1 (1) Patient).

2.6 Adaptive Regression im Dienste des Ich

Ausdrucksformen und Verhaltensweisen können zwischen unterschiedlichen Niveaus ihrer Komplexität, Strukturierung und Differenzierung wechseln (LAPLANCHE, PONTALIS 1972; formale Regression) und oszillierend zwischen unterschiedlichen Funktionsniveaus hin und her pendeln. Künstlerische Aktivitäten, Spiel, sexueller Genuß oder Tagträumereien gehen mit einem anderen seelischen Funktionsniveau einher als die Lösung intellektuelle Anstrengung erfordernder Aufgaben, technischer Probleme und andere, auf ein vorgegebenes Ziel ausgerichtete Aktivitäten.
Ekzemkranke Patienten sind zu diesem oszillierenden Wechsel ihres seelischen Funktionsniveaus nicht in der Lage. Ihre regressiven Bewegungen sind sehr weitgehend, können jedoch nicht als lustvoll erlebt werden. Häufiger wird berichtet, daß sie sich tagelang ins Bett zurückziehen können, ohne daß es ihnen indessen möglich wäre, ihr "Nichtstun" zu genießen. Diese Beobachtung wird auch von klinisch tätigen Dermatologen bestätigt (K. BOSSE; persönl. Mitteilung).
Die Patienten können sich kaum wirklich entspannen, innerlich gleichsam nicht abschalten, ihre innere Kontrolle nicht lockern, sich nicht überlassen oder hingeben. Ihr Leben verläuft wenig genußreich.
Wenn sie sich zu entspannen versuchen, geschieht dies unter totalem Rückzug, indem sie gleichsam völlig "abzuschalten" versuchen. Zugleich werden diese Modi weitgehender Regression jedoch oft als erheblich beunruhigend erlebt, weil sie mit Angst einhergehen, daß der Bezug zur Realität völlig verlorengeht.
Die Patienten können sich regressive Bewegungen nicht gestatten, weil sie fürchten müssen, dann gleichsam nicht wieder "auftauchen" und das im Alltag er-

forderliche Anpassungsniveau nicht wieder erreichen zu können.
Aus einer regressiven Senkung des seelischen Funktionsniveaus auf das verlassene, reifere Funktionsniveau zurückkehren zu können und die primärprozeßnäheren Erfahrungen auf dem regressiven Funktionsniveau für Anpassungsleistungen auf dem reiferen Funktionsniveau zu nutzen, wird hier als Ich-Funktion der "Kreativität" bezeichnet. Deren Beeinträchtigung manifestiert sich bei den ekzemkranken Patienten u. a. darin, daß Neugestaltungen und Originalität bei ihnen selten zu beobachten sind und sie im allgemeinen dem schon Bekannten und Bestehenden verhaftet bleiben. Ihr Denken ist eher wiederholend, denn kreativ problemlösend. Soweit ihnen regressive Bewegungen in ihrem seelischen Funktionsniveau überhaupt möglich sind, können sie mit den primärprozeßnäheren Phantasien, Vorstellungen oder Wünschen gleichsam nichts anfangen. Dies kann sich darin äußern, daß ihnen spielerische Aktivitäten oft fremd sind, Wünsche und Phantasien ohne Einfluß auf ihr Verhalten bleiben, daß sie nur selten über Ironie, Witz und Humor verfügen, daß ihnen ungewohnte und von der "Normalität" abweichende Realitätsbetrachtungen kaum bekannt sind und daß für sie die Orientierung an der faktischen äußeren Realität von überwertiger Bedeutung bleibt.

Die Einschätzung der Komponente der Regressionsfähigkeit stützte sich bei beiden Ratern auf die Beurteilung der Daten von 30 Patienten. Der Punktwert 1 wurde 2 (2) Patienten gegeben, der Punkt 2: 14 (7) Patienten, der Punktwert 3: 13 (21) Patienten, der Punktwert 4: keinem Patienten und den Punktwert 5 erhielt 1 (0) Patient. Der durchschnittliche Punktwert dieser Kompo-

nente lag bei 2.5 (2.6).
Bei insgesamt 29 (30) Einschätzungen der Subfunktion der "Kreativität" erhielten 7 (8) Patienten den Punktwert 1, 13 (15) den Punktwert 2 und 9 (6) den Punktwert 3. Die Punktwerte 4, 5, 6 und 7 wurden von dem ersten Rater nicht gegeben, von dem zweiten Beurteiler wurde ein Patient nach dem Punktwert 4 eingeschätzt.

Lediglich bei einer Patientin wurde die Komponente der Regressionsfähigkeit deutlich höher eingeschätzt als bei allen übrigen Patienten; auch die Funktion der "Kreativität" erbrachte bei allen Patienten weitgehend homogene Einschätzungen ohne größere Abweichungen vom Mittelwert der Gesamtgruppe (2.1 (2.0)).

> Recht charakteristisch zeigt sich die geringe "Kreativität" bei einem 26jährigen ekzemkranken Studenten. In seinem Studienfach begegnet er Anforderungen und Problemen, zu deren Lösung er sich an vorgegebene Regeln und Anweisungen halten kann. Aufgaben gegenüber jedoch, zu deren Lösung vorgegebene Wege verlassen und neue gefunden werden müssen, fühlt er sich hilflos; ihm "fällt nichts ein"; er kann es dann nur machen, "wie die anderen". Phantasien kennt er bei sich kaum. Zwar schildert er, daß er bisweilen stundenlang vor sich hindöse, aber er vermag dann nicht zu sagen, was eigentlich "los ist". Bildhafte Phantasien oder ausgestaltete Tagträume kennt er nicht; er bewegt sich statt dessen in einem "Dösezustand", "wo dann nichts ist".

In diesem Zusammenhang ist auch die Beobachtung festzuhalten, daß Ekzemkranke nur selten von einer phantasievoll gestalteten Freizeit berichten. So schildern sie zwar, daß sie sich zu beschäftigen wüßten, jedoch nichts finden, das ihnen wirklich Spaß bereite. In der Freizeit, die sie mit anderen verbringen, machen sie

eher einfach nur mit, scheinbar ohne eigene Ideen und Interessen. Andere Ekzemkranke schildern sehr kontrollierte Freizeitbeschäftigungen, die nach starren Regeln und Vorschriften verlaufen.

Somit finden sich bei ekzemkranken Patienten statt eines oszillierenden Wechsels des seelischen Funktionsniveaus gleichsam zwei Modi unverbunden nebeneinander: ein auf Anpassung an äußere Realitätsbedingungen und Regeln hin ausgerichtetes seelisches Funktionsniveau einerseits, Zustände weitgehender, realitätsabgewandter Regression andererseits. Rasch reversible regressive Bewegungen fehlen hingegen ebenso wie aus regressiven Erfahrungen gewonnene Neuinterpretationen der symbolischen Wirklichkeit.

2.7 Reizschwelle

In die Auswertung und Interpretation konnte lediglich die Komponente der "rezeptiven Funktion" einbezogen werden, die die Schwelle gegenüber verschiedenen Reizmodalitäten bezeichnet.
Die Schwankungsbreite der eingeschätzten Punktwerte erweist sich dabei als vergleichsweise hoch. Bei einer Einschätzung von insgesamt nur 22 (25) Patienten, wurde der durchschnittliche Punktwert dieser Komponente mit 3.5 (3.0) berechnet. Dabei wurde der Punktwert 1 keinem (3) Patienten gegeben, während 2 (6) Patienten den Punktwert 2 erhielten, 11 (7) Patienten den Punktwert 3, 6 (7) Patienten den Punktwert 4 und 3 (2) Patienten den Punktwert 5.
Somit gibt es keine Hinweise dafür, eine Beeinträchtigung bzw. besonders gute Ausprägung dieser Funktion der Ich-Organisation für ekzemkranke Patienten als typisch anzusehen. Insbesondere findet sich in der Gruppe dieser Patienten keine generell erhöhte Empfindlichkeit für sensorische Reize. Bemerkenswert erscheint allenfalls der häufiger anzutreffende Befund, daß bei einer größeren Anzahl von Patienten intensive Reize als ausgesprochen angenehm erlebt werden können. Diese Patienten schildern ein sporadisch auftretendes übermäßiges Verlangen nach sensorischer Reizzufuhr. Überlaute Musik, intensive taktile Reize oder extreme optische Stimulierung können als angenehm oder geradezu als "belebend" erfahren werden. In diesem Zusammenhang erscheint erwähnenswert, daß viele Patienten mit endogenem Ekzem das Kratzen als eine oft mit Schmerzen verbundene Stimulierung der Hautoberfläche oftmals als belebend und lustvoll erleben.

2.8 Steuerung und Kontrolle von Affekten und Impulsen

Die Ich-Instanz nimmt steuernden, kontrollierenden und modulierenden Einfluß auf Impulse und Affekte auf dem Wege ihrer Umsetzung in manifeste Verhaltensweisen. Diese Funktion der Impulssteuerung, die von der Abwehrtätigkeit des Ich zu unterscheiden ist, findet sich bei der Mehrzahl der ekzemkranken Patienten soweit ausgeprägt, daß zumindest äußerst destruktives oder selbstschädigendes, von ungesteuerten aggressiven oder sexuellen Triebimpulsen bestimmtes Verhalten die Ausnahme darstellt.

Die Teilkomponente des Affektausdrucks wurde auf der Grundlage der Einschätzung von 27 (30) Patienten durchschnittlich mit dem Punktwert 2.6 (2.5) eingeschätzt (Punktwert 1: 4 (5) Patienten, Punktwert 2: 7 (12) Patienten, Punktwert 3: 13 (7) Patienten, Punktwert 4: 1 (5) Patient, Punktwert 5: 2 (1) Patienten).
Vier bzw. fünf Patienten wurden hier mit dem geringsten Punktwert eingeschätzt. Dabei handelt es sich einmal um eine Patientin, bei der es immer wieder zu heftigem sexuellem Agieren kam, das sie wiederholt in gefährliche Situationen brachte. Drei andere Patienten gerieten immer wieder in soziale Isolierung, indem sie ihre Partnerbeziehungen dadurch gefährdeten, daß ihr Verhalten häufig von ungesteuerter Wut und destruktiver Aggressivität geprägt wurde und gelegentlich in physischen Attacken mündete.
Auf der anderen Seite finden sich hier ebenso viele Patienten, die ihr manifestes Verhalten auf die jeweilige Situation hin abgestimmt zu steuern vermögen

und bei denen ungesteuerte Impulsdurchbrüche allenfalls in Ausnahmesituationen vorkommen.

Die Komponente "Frustrationstoleranz und Befriedigungsaufschub" wurde in der Gruppe der Ekzemkranken hingegen homogener eingeschätzt (Mittelwert 2.1 (2.0) bei Einschätzung von 30 (29) Patienten . Verteilung der Schätzurteile: Punktwert 1: 7 (5) Patienten, Punktwert 2: 15 (19) Patienten, Punktwert 3: 7 (4) Patienten, Punktwert 4: 1 (1) Patient; Punktwerte 5, 6 und 7: keine Einschätzungen).
Bei dem überwiegenden Teil der ekzemkranken Erwachsenen dieser Untersuchungsgruppe finden sich strikte und rigide Kontrollmechanismen gegenüber Impulsen und Bedürfnissen. Sie müssen unterdrückt werden und können nicht in manifestes Verhalten einfließen. Dieser Rigidität von Kontrollmechanismen stehen sporadische Zusammenbrüche der Kontrolle in Form heftiger und unkontrollierter Impulsdurchbrüche gegenüber. Dieses Nebeneinander von strikter Impuls- und Bedürfniskontrolle und gelegentlichen Kontrollverlusten mit um so heftigeren Impulsdurchbrüchen wird von den Patienten bei genauer Exploration häufiger geschildert.*)

Bei 5 (7) Patienten lag die Frustrationstoleranz noch deutlich unterhalb (Punktwert 1) des ohnehin niedrigen Mittelwertes der Gesamtgruppe. Bei diesen Patienten fallen eine generell sehr geringe Fähigkeit zur Kontrolle von Triebimpulsen und Affekten sowie eine geringe Angst- und Depressionstoleranz auf. Um ihre Im-

---

*) Dieser Befund kann die inkonsistenten Angaben der ekzemkranken Patienten auf der Kontrolliertheits-Durchlässigkeits-Skala des Gießen-Tests (vgl. dort), die teils im Sinne von Überkontrolliertheit, teils im Sinne von Unterkontrolle angekreuzt wurden, erklären helfen.

pulse und Bedürfnisspannungen unter Kontrolle zu bringen, bedienen sie sich vorwiegend bisweilen exzessiver physischer Anstrengungen.

Eine 23jährige, ekzemkranke Frau schildert, daß sie sich "gar nicht gut" fühle, wenn sie in einer Gruppe von Menschen, mit denen sie gerade zusammen ist, erkennen müsse, "daß die sich nicht einig sind".
Erlebt sie bei einem anderen Menschen, der für sie von gewisser Bedeutung ist, daß er "nicht auf der gleichen Wellenlänge" ist, ihre jeweilige eigene Befindlichkeit und Stimmungslage nicht teilt oder erahnt, reagiert sie mit Flucht.
Gelegentlich kann es vorkommen, daß sie in solchen Situationen wütend losschreit, als gerate sie in Panik, während sie im allgemeinen besonders gefaßt und wenig von Gefühlen bewegt erscheint.
Bewußte Gefühle von Gekränkt-Sein sind ihr fremd.
Dagegen empfindet sie häufiger eine körperliche und für sie nicht näher zu charakterisierende "Spannung", die sie loszuwerden versucht entweder, indem sie sich lauter Musik aussetzt oder indem sie bis zur Erschöpfung Waldläufe macht.

2.9 Denkprozesse

Der Ausprägungsgrad aller Teilkomponenten, die unter der Ich-Funktion des Denkens beschrieben werden, wurde höher eingeschätzt als fast alle anderen Funktionen der Ich-Organisation dieser Patienten. Dies läßt vermuten, daß die Anpassungsleistungen der ekzemkranken Patienten in den Bereichen "Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit", ihre Fähigkeiten im Sinne von Vorstellungsvermögen und die Fähigkeit, Modi abstrakten oder konkreten Denkens auf jeweilige Situationen hin flexibel abzustimmen sowie ihre Anpassungsfähigkeiten in den Bereichen"Sprache und Kommunikation" von besonderer Bedeutung sind. Dabei übersteigt das Niveau der mit "Sprache und Kommunikation" bezeichneten Funktionen noch das der übrigen Teilkomponenten im Bereich des Denkens.
Mit Ausprägungsgraden, die um den Skalenwert 4 streuen, werden die erwachsenen Ekzemkranken in bezug auf die Ich-Funktionen der "Denkprozesse" auf einem Niveau eingeschätzt, das mindestens als durchschnittlich im Vergleich zu einer seelisch nicht oder wenig beeinträchtigten Population anzusehen ist, jedoch als überdurchschnittlich im Vergleich zu ihren übrigen Ich-Funktionen. Dabei ist der Skalenwert 4 identisch mit vergleichsweise gut ausgeprägten Ich-Leistungen, die nur unter stärkeren Belastungen störanfällig sind.

Die Subfunktion "Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit" wurde mit dem durchschnittlichen Punktwert 4.2 (3.5) auf der Grundlage von 25 (26) Patienten eingeschätzt. Der Punktwert 1 wurde keinem (1) Patienten gegeben, der Punktwert 2: 2 (3) Patienten, der Punktwert 3: 6 (11) Patienten, der Punktwert 4: 7 (6) Pa-

tienten,der Punktwert 5: 6 (4) Patienten und der Punktwert 6: 4 (1) Patienten. Somit wurde diese Komponente bei 4 (1) Patienten als besonders gut ausgeprägt eingeschätzt, während sie bei 2 (4) Patienten beeinträchtigt erschien. Bei diesen zuletzt genannten Patienten war auffällig, daß äußere Störreize oder plötzlich einschießende innere "Reize" wie eigene Gedanken sie in ihrer Aufmerksamkeit und Konzentration leicht beeinträchtigen konnten.

Von den relativ hohen Durchschnittswerten, mit denen die Funktion des Vorstellungsvermögens eingeschätzt wurde (durchschnittlicher Punktwert 4.0 (3.5), ermittelt von 24 (26) Patienten), weichen 4 Patienten mit dem geringen Punktwert 2 ab (bei einer Gesamtverteilung von Punktwert 1: 0 (0) Patienten, Punktwert 2: 4 (4) Patienten, Punktwert 3: 5 (10) Patienten, Punktwert 4: 6 (7) Patienten, Punktwert 5: 4 (4) Patienten und Punktwert 6: 5 (1) Patienten). Diese Patienten zeigten die habituelle Neigung, sich entweder übermäßig konkretistischer oder aber übermäßig allgemeiner Modi des Denkens zu bedienen. Hingegen fehlte ihnen ein flexibles Pendeln zwischen konkretistischen und allgemeinen Funktionsmodi.
In Zusammenhang mit der Diskussion der Korrelationen der Ich-Funktionen mit verschiedenen sozialen Daten wurde bereits auf die dort in Erwägung gezogene Abhängigkeit dieser Ich-Funktion vom Bildungsniveau der Patienten hingewiesen. So fällt auch bei separater Betrachtung der Komponente des Vorstellungsvermögens auf, daß nur einer der vier Patienten, deren Punktwert deutlich unter dem Mittelwert liegen, einen weiterführenden Schulabschluß hat. Keiner dieser Patienten hat ein Studium absolviert oder geht einer Berufstätig-

keit nach, deren Inhalt vorrangig vom Umgang mit symbolisch repräsentierten Inhalten bestimmt wäre.

Die unter dem Begriff "Sprache und Kommunikation" zusammengefaßten Funktionskomponenten des Ich wurden bei den ekzemkranken Patienten mit einem Durchschnittswert von 4.7 (3.8) besonders hoch als überwiegend klar, präzise und flexibel eingeschätzt. Hier erhielt kein Patient den Punktwert 1; auch der Punktwert 2 wurde nur von dem zweiten Beurteiler in vier Fällen vergeben, während den Punktwert 3: 4 (7) Patienten erhielten, den Punktwert 4: 7 (7) Patienten, den Punktwert 5: 7 (10) Patienten und den Punktwert 6: 8 (0) Patienten. Diejenige Patienten, die hier die höchsten Punktwerte erzielten, wiesen auch in den übrigen Subfunktionen der Denkprozesse überdurchschnittlich hohe Werte auf. Im Gegensatz zu der Komponente des Vorstellungsvermögens fällt bei diesem Funktionsaspekt auf, daß nur die Hälfte der Patienten mit den höchsten Punktwerten eine weiterführende Schule besucht haben, so daß angenommen werden muß, daß der Bildungsfaktor keinen allein entscheidenden Einfluß auf diesen Ich-Funktionsaspekt haben kann.

Die Funktionen "Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit","Vorstellungsvermögen" sowie "Sprache und Kommunikation" haben - so ist aufgrund des hohen Ausprägungsgrades zu vermuten - offenbar eine besondere Bedeutung im dynamischen Zusammenhang aller Leistungen der Ich-Organisation ekzemkranker Patienten. Ihr vergleichsweise hohes Funktionsniveau legt die Frage nahe, ob diese Komponenten nicht eine besonders wichtige Rolle in Hinblick auf Anpassungsleistungen spielen, mit denen kompensatorisch Störungen der Ich-Organisation in der Bewältigung äußerer und innerer Realität ausgeglichen werden.

2.10 Kompetenz

Erfahrungen, die aus der Bemühung resultieren, mit der Umwelt aktiv in Beziehung zu treten, sie zu bewältigen und zu beeinflussen und aus diesen Versuchen aktiver Umweltbeherrschung nicht-triebhafte Lust zu gewinnen, scheinen bei den erwachsenen Ekzemkranken vergleichsweise eingeschränkt. Die Patienten haben ein nur geringes realistisches Erleben davon, daß sie gezielt Wirkung und Einfluß auf ihre Umgebung nehmen könnten. Insgesamt erscheint ihr soziales Können gering.
Bei 29 (30) Patienten wurde die "Kompetenz" genannte Ich-Leistung im Durchschnitt mit 2.1 (2.7) eingeschätzt, davon bei 7 (4) Patienten mit dem Punktwert 1, bei 14 (11) mit dem Punktwert 2, bei 5 (6) mit dem Punktwert 3 und bei 3 (8) Patienten mit dem Punktwert 4. Von dem zweiten Beurteiler wurde diese Komponente bei einem Patienten mit dem Punktwert 5 eingestuft, während die Punktwerte 5, 6 und 7 darüber hinaus nicht vergeben wurden.
Die Patienten erleben, daß das, was ihnen geschieht, gleichsam über ihre Köpfe hinweg geschieht, ohne daß sie Möglichkeiten sähen, darauf gezielt Einfluß zu nehmen. Dies bedeutet indessen nicht, daß die ekzemkranken Patienten durchweg zu übermäßiger Passivität neigen müßten. Jedoch gelten ihre Versuche aktiver Einflußnahme eher dem Bemühen, Kontrolle über ihre Umwelt zu erlangen und sie manipulativ zu steuern.

Das Komptenzgefühl, dessen eingeschätzter Durchschnittswert sich auf die Beurteilung der Daten von 30 (29) Patienten stützt, wurde mit 4. (3.6) eingestuft (Punktwert 1: 2 (1) Patienten, Punktwert 2: 5 (7) Patienten, Punktwert 3: 2 (6) Patienten, Punktwert 4: 4 (5) Patienten, Punktwert 5: 12 (8) Patienten,

Punktwert 6: 3 (2) Patienten, Punktwert 7: 2 (0) Patienten). Demgegenüber lag der durchschnittliche Punktwert des "Realitätsgrades des Kompetenzgefühls" bei 2.8 (2.9) , wobei den Punktwert 1 hier 3 (0) Patienten erhielten, den Punktwert 2: 7 (9) Patienten, den Punktwert 3: 12 (16) Patienten, den Punktwert 4: 4 (4) Patienten und den Punktwert 5: 2 (1) Patienten; in die Berechnung des durchschnittlichen Punktwertes konnten 28 (30) Patienten einbezogen werden.
Somit fällt im Vergleich von tatsächlicher Kompetenz und Kompetenzgefühl auf, daß ein Teil der ekzemkranken Erwachsenen ein geringes Gefühl für die eigene Kompetenz entwickelt hat; sie erleben sich als weitgehend wirkungslos.
Ein anderer Teil der Patienten fühlt sich deutlich kompetenter als der tatsächlichen Kompetenz entspricht. Somit lassen sich die Patienten hinsichtlich dieser Komponente danach unterscheiden, daß sie sich entweder nichts oder zuviel zutrauen.

Bei genauerer Untersuchung jener Untergruppe von ekzemkranken Patienten, deren Gefühl für die eigene Kompetenz ihre tatsächliche Kompetenz deutlich übersteigt, ergibt sich ein aufschlußreiches Bild: sie haben von sich selbst den Eindruck, mit Schwierigkeiten, auf die sie in ihrer Umwelt treffen, gut fertig zu werden, Belastungen und Probleme leicht bewältigen und ihre Interessen ausreichend durchsetzen zu können. Dieser Selbsteinschätzung, die sich in einem vergleichsweise erhöhten Kompetenzgefühl niederschlägt, steht der Befund gegenüber, daß die Anpassungsmechanismen dieser Patienten vorwiegend defensiver Art sind; faktisch vermeiden sie potentielle Konflikte, gehen Schwierigkeiten aus dem Wege, bemühen sich um

soziale Unauffälligkeit. Sie versuchen, jeglicher Kritik durch andere dadurch zu begegnen, daß sie keinen Anlaß für Kritik bieten. Auf Erwartungen anderer hin antworten sie damit, daß sie diesen Erwartungen gerecht zu werden versuchen. Hier taucht jener Mechanismus wieder auf, der bereits in Zusammenhang mit den Objektbeziehungen als eine Art reibungslosen Sich-Einfügens beschrieben wurde, ein Anpassungsmuster gegenüber äußerer Realität, das für ekzemkranke Patienten offenbar weitgehend charakteristisch ist. Indessen unterscheiden sich die Patienten deutlich darin, daß ein Teil von ihnen diesen Weg als erfolgreich erlebt, während andere Patienten unter dem darin zum Ausdruck kommenden Mangel an eigener Identität und Selbstverwirklichung leiden. Diese unterschiedliche Verarbeitung schlägt sich in den Unterschieden des Kompetenzgefühls nieder.

Bei 7 (4) Patienten wurde die Ich-Funktion der Kompetenz als sehr niedrig eingeschätzt. Diese Patienten scheinen annähernd nicht in der Lage zu sein, ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten in bezug zur äußeren Realität zu nutzen. Bei ihnen sind allenfalls minimale Anstrengungen zu beobachten, mit ihrer Umwelt aktiv fertig zu werden. Gleichsam passiv-resignativ warten sie "auf die Dinge, die da kommen sollen".

> Eine 26jährige Stenokontoristin, die an einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung teilnahm, erlebte dort - ohne dabei bewußt Angst zu verspüren -, daß andere sie durchschauen, in sie hineinsehen können, ihr alles anmerken und auch ihre geheimsten Gedanken und Gefühle sehen, als sei sie aus Glas. Diesen Eindruck einer gläsernen Person vermittelte sie auch mehreren Mitpatienten in der Gruppe. Dort schwieg sie meist regungslos, um sich erst dann, wenn das jeweilige Befinden oder die jeweilige Meinung mehrerer Teilnehmer für sie erkennbar geworden waren, mit

leiser, von den anderen Gruppenmitgliedern als "piepsig" bezeichneten Stimme mit einem "ja" oder "ich auch" sich der jeweiligen Mehrheit anzuschließen. Daß mehrere andere sie als gläsern erlebten, als eine Person, die keine Konturen und Strukturen erkennen läßt, gab ihr ein vages Gefühl von Genugtuung. In einem Abschlußgespräch konnte sie zum Ausdruck bringen, daß sie diesen Weg des Sich-Unsichtbar- und des Sich-Konturlos-Machens als eine ihr angemessene "Strategie" empfindet, mit anderen Menschen zurechtzukommen und damit, wie sie es erlebt, relativ erfolgreich zu sein.

Dieses Verhalten war für sie zu einem defensiven Anpassungsmechanismus geworden, der ihr bei geringer faktischer Kompetenz ein erhöhtes Kompetenzgefühl vermitteln konnte.

2.11 Synthese und Integration

Von den unter "Synthese und Integration" zusammengefaßten Komponenten konnte lediglich die "Ambiguitätstoleranz" genannte Funktion eingeschätzt werden. Der durchschnittliche Punktwert von 2.8 (2.5) wurde aufgrund der Einschätzung der Daten von 27 (28) Patienten ermittelt. Dabei wurde der Punktwert 1: 3 (4) Patienten gegeben, der Punktwert 2: 7 (10) Patienten, der Punktwert 3: 12 (9) Patienten, der Punktwert 4: 3 (5) Patienten und der Punktwert 5: 2 (0) Patienten.
Dieser Einschätzung zufolge sind divergierende Aspekte von Erfahrungen, unterschiedlich ausgerichtete Verhaltensweisen, ambivalente Gefühle oder verschiedene Aspekte von Selbstbildern von den ekzemkranken Patienten häufig nicht ausreichend zu integrieren. Obwohl die Patienten durch derartige Inkonsistenzen oder Widersprüche nicht übermäßig verwirrt werden, berichten sie öfters, daß sie sich davon beunruhigt fühlen könnten. Einige Patienten bringen zum Ausdruck, daß bei ihnen das Gefühl von Zerrissenheit aufkommen könne, wenn es ihnen nicht gelingt, potentiell widersprüchliche Einstellungen, Affekte, Werte oder Selbstbilder miteinander zur Deckung zu bringen. Widersprüche können schlecht toleriert werden. Im Erleben der Patienten kann häufig nur entweder das eine oder das andere "wahr", "wichtig" oder "wirklich" sein. Dagegen fällt es ihnen - obwohl rational durchaus einsehbar - häufig schwer zu tolerieren, daß manifest divergierende Aspekte zugleich gültig sein können.

Zusammengefaßt zeigen sich bei Untersuchung jener psychischen Struktur- und Funktionskomponenten, die unter dem Begriff des Ich subsumiert werden, in der Gruppe der ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter durchaus heterogene, inhaltlich bestimmte Funktionsschwächen, die sich mit dem Befund einer globalen "Ich-Schwäche" nicht decken.
Bei klinisch-psychoanalytischer Untersuchung findet sich bei diesen Patienten ein Typus von Objektbeziehungen, der in beschreibender Annäherung als "komplementäre Einfügung" bezeichnet werden könnte. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß

- Objekte rasch hochbedeutsam werden;
- das von den Ekzemkranken interpretierte manifeste Ausdrucksverhalten dieser Objekte für sie verhaltenssteuernde Bedeutung hat;
- jenes Ausdrucksverhalten von Objekten, das von den Ekzemkranken als Ausdruck von Unlust im weitesten Sinne auf seiten der Objekte interpretiert wird, zur Verhaltenssteuerung benutzt wird;
- diese Signale die ekzemkranken Patienten veranlassen, ihr inneres und äußeres Verhalten derart zu modifizieren, daß jene Unlustsignale vermieden oder aufgehoben werden.

Der psychodynamische Hintergrund solcher "Einfügung" läßt sich mit Hilfe jenes Wissens über die Patienten, das im Rahmen von tiefenpsychologischen Anamnesen gewonnen werden kann, nur vermuten, nicht jedoch mit gleicher Sicherheit bestätigen, wie dies im Rahmen eines ausgedehnten und vertiefenden psychoanalytischen Behandlungsprozesses möglich wäre. Einige, aus Erfah-

rungen mit der Gruppe der hier untersuchten Patienten, von denen ein Teil auch im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen genauer untersucht werden konnten, abgeleitete Vermutungen, sollen an späterer Stelle in Zusammenhang mit den Befunden ekzemkranker Kinder entwickelt werden. Werden die Einschränkungen der Ich-Organisation auf deren verschiedene funktionale Aspekte hin untersucht, zeigen sie sich mit der größten Homogenität innerhalb der Gruppe der erwachsenen Ekzemkranken als Einschränkung der Binnenwahrnehmung, der Urteilsfunktion, der Impuls- und Affektsteuerung, der Regressionssteuerung sowie der Einschätzung der eigenen Kompetenz. Bemerkenswert erscheint demgegenüber das vergleichsweise hohe Funktionsniveau sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten dieser Patienten. Dabei wird ebenfalls in Zusammenhang mit den Befunden ekzemkranker Kinder die Frage zu diskutieren sein, inwieweit sich in diesen Funktionen kompensatorisch entwickelte Anpassungsleistungen manifestieren, die die Beeinträchtigung anderer Funktionskomponenten auszugleichen helfen.

Wie die strukturellen Ich-Störungen im Einzelfall auch bedingt sein mögen, so bleibt an dieser Stelle doch festzuhalten, daß bei der Gruppe der hier untersuchten ekzemkranken Erwachsenen im globalen Sinne von einer Ich-Schwäche nicht die Rede sein kann. Die differenzierende Beschreibung dieser psychischen Organisation vermag im Gegenteil nachzuweisen, daß deren verschiedene Komponenten in unterschiedlichem Ausmaß von Störungen betroffen sind und daß sich diese verschiedenen Komponenten auf jeweils unterschiedlich beeinträchtigten Funktionsniveaus bewegen.

3. Das Selbstbild der erwachsenen Ekzemkranken im Gießen-Test

Von 28 der 30 untersuchten erwachsenen Ekzemkranken konnte das Selbstbild mit dem Gießen-Test (GT-S) erfaßt werden. Eine Patientin gab den Fragebogen unausgefüllt zurück. Es handelte sich um eine 50jährige Frau, die bereits beim Erstkontakt ausdrücklich betonte, daß psychische Faktoren bei ihrer Hauterkrankung keinesfalls beteiligt sein könnten, und die sich auch bei den anamnestischen Erhebungen ängstlich zu bemühen schien, sich in jeder Beziehung als "normal" und "unauffällig" darzustellen. Darüber hinaus weigerten sich die Eltern eines 18jährigen Patienten, diesen den Fragebogen ausfüllen zu lassen, nachdem sich - ihren Angaben zufolge - die Hautsymptomatik zwischenzeitlich weitgehend zurückgebildet hatte. Die nachfolgenden Befunde basieren somit auf den Testergebnissen von 28 ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter.

Im Vergleich der Selbstbilder der ekzemkranken Patienten mit den Befunden von von RAD und VIERTHMANN (in BECKMANN und RICHTER 1979, S. 233), die die Mittelwerte von 40 psychosomatisch Kranken mit nicht näher benannten Krankheitsbildern auf den sechs Skalen des GT-S darstellen, zeigen sich eine Reihe von Abweichungen. Die Mittelwertsprofile dieser Patientengruppe sowie die der hier untersuchten Ekzemkranken werden in der Abbildung 1 gegenübergestellt. Während die von den Autoren angegebenen Parameter für einen statistischen Vergleich beider Gruppen nicht ausreichen, kann tendenziell festgestellt werden, daß die Gruppe der ekzemkranken Patienten sich als sozial positiver resonant, gefügiger, aber

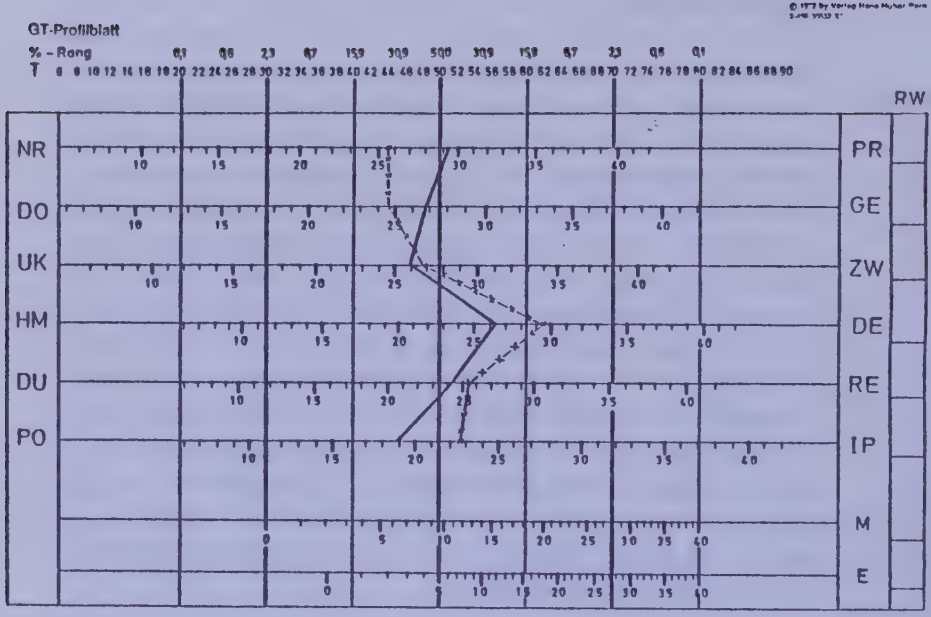

Abb. 1: Mittelwertprofile der Selbstbilder von n = 40 psychosomatisch Kranken mit nicht näher bezeichneten Krankheitsbildern (aus BECKMANN, RICHTER 1979) und n = 28 ekzemkranken Patienten.

———— Selbstbild der Ekzemkranken
x-x-x-x-x- Selbstbild der psychosomatisch Kranken

dennoch eher dominant, weniger depressiv und als sozial potenter darstellt.

Um die inhaltliche Bedeutung des Mittelwertsprofils zu verdeutlichen, seien die Skalen von BECKMANN und RICHTER (1972) in Kürze wiedergegeben:
Auf der Skala 1 (Soziale Resonanz) werden als negativ sozial resonant (NR) Selbsteinschätzungen wie unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig und an schönem Aussehen desinteressiert zusammengefaßt; als positiv sozial resonant (PR) gelten demgegenüber Eigenschaften wie anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig oder an schönem Aussehen interessiert.
Die Skala 2 (Dominanz) umfaßt als dominant (DO) Selbsteinschätzungen wie häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation und ungeduldig, als gefügig (GE) gelten demgegenüber Selbsteinschätzungen wie selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, sich gern unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, unschwierig in enger Kooperation oder geduldig.
Skala 3 (Kontrolle): Als unterkontrolliert (UK) gelten Selbsteinschätzungen wie unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig und fähig zum Ausgelassensein, als überkontrolliert (ZW) solche wie begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch, stetig oder unfähig zum Ausgelassensein.
Die Skala 4 (Grundstimmung) reicht von den Polen hypomanisch (HM) bis depressiv (DE).Unter den Bereich hypomanisch fallen die Selbsteinschätzungen selten bedrückt, nicht zur Selbstreflektion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend und eher unabhängig, als depressiv häufig bedrückt, stark zur Selbstreflektion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend und eher abhängig.
Die Skala 5 (Durchlässigkeit) umfaßt unter dem Bereich durchlässig (DU) Selbsteinschätzungen wie aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig; unter dem Bereich retentiv (RE) werden Selbsteinschätzungen zusammengefaßt wie verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnisse zurückhaltend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig.
Auf der Skala 6 (Soziale Potenz) stehen auf der linken Seite (sozial potent, PO) Selbsteinschätzungen wie gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr

hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindung und phantasiereich den unter dem Bereich sozial impotent (IP) zusammengefaßten Selbsteinschätzungen gegenüber wie ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu Dauerbindung, phantasiearm.
(aus BECKMANN und RICHTER 1972)

Dem Mittelwertsprofil zufolge schätzen sich die ekzemkranken Patienten somit als in sozialer Interaktion eher erfolgreich, attraktiv und von anderen geschätzt ein. Im Durchschnitt meinen sie, über andere eher zu dominieren als sich unterzuordnen. Sie halten sich für großzügig und zur Ausgelassenheit fähig.
Die deutlichste Abweichung vom Mittelwert findet sich auf der Skala "Grundstimmung". Ekzemkranke beschreiben sich im Mittel als häufig bedrückt und Ärger in sich hineinfressend. Sie geben an, sich anderen Menschen eher fern zu fühlen und Gefühle, insbesondere Liebesbedürfnisse, schlecht zeigen zu können. Andererseits halten sie sich aber für gesellig, für hingabefähig und in der Liebe intensiv erlebnisfähig.
Die Interpretation der Durchschnittswerte dieser Patientengruppe ergibt somit ein teilweise widersprüchliches Bild: einerseits beschreiben sich die Patienten als gesellig, ausgelassen, im Umgang mit anderen eher dominierend und erfolgreich, andererseits aber geben sie an, sich anderen eher fern zu fühlen und oft bedrückt zu sein.
Um diese Widersprüche aufzuklären, wurde versucht, die Selbsteinschätzung auf den einzelnen Skalen für jeden der ekzemkranken Patienten gesondert zu betrachten. In Tabelle 12 sind die Selbstbeschreibungen der Patienten dargestellt, unterteilt nach unauffälligen (statistisch im Normbereich liegenden), von der Norm abweichenden

Standard-Skalen	Extrem-Werte	statistisch interpretierbare Werte	statistisch unauffällige Werte	statistisch interpretierbare Werte	Extrem-Werte	Standard-Skalen
NR	Cw, Bm, Fm	Lw, Iw	Hm, Kw, Rw, Am, Uw, Im, Mw, Hw, Gw, Vw, Tw, Ow, Bw, Ow, Dm, Dw, Em	Ew, Gm, Fw	Aw, Sw, Nw	PR
DO	Hm, Kw, Hw, Vw, Iw	Lw	Aw, Rw, Ew, Am, Sw, Uw, Hw, Gw, Cw, Bm, Tw, Fm, Bw, Gm, Ow, Fw, Dw, Em	Nw, Im, Dm	Ow	GE
UK	Vw, Iw, Dw	Kw, Rw, Hw, Bw, Fw	Aw, Hm, Ew, Am, Sw, Uw, Im, Mw, Lw, Gw, Bm, Tw, Ow, Fm, Gm, Ow, Dm	Nw, Cw, Em		ZW
HM	Aw, Bw	Gm, Dm, Em	Hm, Kw, Rw, Ew, Nw, Uw, Im, Mw, Gw, Tw, Ow, Fw	Am, Lw, Ow, Fm	Sw, Hw, Vw, Cw, Iw, Bm, Dw	DE
DU	Nw, Gm	Rw, Ow, Fw	Aw, Hm, Kw, Ew, Am, Sw, Uw, Im, Mw, Lw, Gw, Vw, Cw, Iw, Tw, Bw, Dm	Hw, Ow, Fm, Dw, Em	Bm	RE
PO	Hm, Nw, Iw, Gm, Fw	Aw, Ew, Sw, Hw	Kw, Rw, Am, Uw, Im, Mw, Lw, Gw, Vw, Cw, Tw, Bw, Ow, Dm, Em	Bm, Ow, Dw	Fm	IP

Tab. 12: Darstellung der Selbsteinschätzung jedes einzelnen Patienten auf den sechs Standardskalen des GT-S, unterteilt nach statistisch unauffälligen, statistisch interpretierbaren und Extremwerten. Die Gruppe der weiblichen und die der männlichen Patienten wurde jeweils mit Großbuchstaben des Alphabets gekennzeichnet. Die Kleinbuchstaben "w" und "m" bedeuten "weiblich" bzw. "männlich".

und somit im Einzelfall interpretierbaren Werten (entsprechend der Empfehlung von BECKMANN und RICHTER, nur solche T-Werte, die Abweichungen zwischen 33 und 40 bzw. 60 und 67 aufwiesen, zu interpretieren) und Extremwerten (T-Werte unter 33 (links) und über 67 (rechts)).

Die Tabelle verdeutlicht, daß sich eine große Häufung von Werten im Normbereich findet. Abweichungen von der Norm kommen jedoch in beiden Richtungen vor, wenn auch mit unterschiedlichen Verteilungen. Während bei den Skalen 1, 2 und 5 Abweichungen nach links und rechts nahezu in gleicher Häufigkeit vorkommen, liegt auf der Skala 3 eine eindeutige Tendenz in Richtung "Unterkontrolliertheit", auf Skala 4 in Richtung "Depressivität" und auf Skala 6 in Richtung "Soziale Potenz" vor. Dies stimmt mit dem durch die Darstellung des Mittelwertprofils erzielten Befund weitgehend überein. (Einschränkend geht aus diesem Ergebnis jedoch hervor, daß bei Erfassung der durchschnittlichen Selbsteinschätzung auf der Grundlage von nach strengen statistischen Kriterien erstellten Einzelprofilen die Ergebnisse auf den Skalen 1, 2 und 5 nicht interpretierbar sind.)

Die Vermutung, die widersprüchlichen Einschätzungen auf den einzelnen Skalen könnten darauf zurückzuführen sein, daß es bei den ekzemkranken Patienten unterschiedliche, jedoch in sich homogene Untergruppen gibt, läßt sich nicht bestätigen. Eine genauere Analyse der im Normbereich liegenden Selbsteinschätzungen zeigt allerdings, daß diese nicht - wie zunächst anzunehmen - darauf zurückzuführen sind, daß von den Patienten überwiegend Mittelwerte oder Werte mit nur geringfügiger Normabweichung angekreuzt, sondern daß häufig von den Patienten sogar Extremwerte gewählt wurden,

wobei jedoch einige Items, die auf einer Dimension laden, teils in positiver und teils in negativer Richtung angekreuzt wurden. Daraus resultiert dann im Mittel eine unauffällige Selbsteinschätzung.
Aufgrund dieses Befundes wurde zusätzlich die Beantwortung der einzelnen Items berücksichtigt und überprüft, ob und inwieweit die meisten ekzemkranken Patienten einzelne Items übereinstimmend beantwortet haben. Auf diesem Wege sollte das Zustandekommen der inkonsistenten Selbsteinschätzungen im Gießen-Test näher analysiert werden.
Im folgenden werden diejenigen Items, die mindestens ein Drittel mal häufiger in der einen als in der entgegengesetzten Richtung angekreuzt wurden, aufgeführt, wobei unter dem "+"-Zeichen die Anzahl derjenigen wiedergegeben wird, die das Item in der genannten Richtung angekreuzt haben, unter "0" die Anzahl derjenigen, die den Mittelwert gewählt haben und unter "-" die Anzahl der Ekzemkranken, die das Item in entgegengesetzter Richtung beantwortet haben:

Item-Nr.	Item	+	0	-	keine Angabe
2	Ich glaube, ich suche eher Geselligkeit	19	2	7	-
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache	19	2	7	-
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden sind	20	3	5	-

Item-Nr.	Item	+	0	-	keine Angabe
12	Ich glaube, ich suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen	22	3	3	-
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut mit Geld umgehen	22	4	2	-
14	Ich halte mich oft für sehr bedrückt	17	5	5	1
22	Ich schätze, ich gerate besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen	19	3	6	-
23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für wertvoll hält	17	4	7	-
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	17	4	7	-
27	Ich glaube, ich lege sehr viel Wert darauf, schön auszusehen	24	3	1	-
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten	22	-	6	-
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel Liebe schenken	21	1	6	-
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen	18	6	4	-
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig	22	4	2	-
39	Ich glaube, ich kann sehr leicht ausgelassen sein	18	4	6	-
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	18	3	7	-

Diese Darstellung muß jedoch insofern zurückhaltend interpretiert werden, als die Items 9, 13, 22, 23 und 28 BECKMANN und RICHTER zufolge eine Tendenz zur Unipolarität aufweisen, im Durchschnitt also eine Richtung der Dimension ohnehin etwas bevorzugt angekreuzt wird. Dennoch weicht das Ausmaß dieser Tendenz bei der Gruppe der ekzemkranken Patienten deutlich von der Norm ab.

Setzt man nun die Items, die von der überwiegenden Mehrheit der ekzemkranken Erwachsenen übereinstimmend beantwortet wurden, zum einen in Beziehung zu den Skalen, die sie repräsentieren, und zum anderen zu den Mittelwertsprofilen, dann läßt sich folgendes feststellen: Mit sehr großer Übereinstimmung werden zwei Items beantwortet, die darauf hinweisen, daß Ekzemkranke sich als positiv sozial resonant wahrnehmen. Eine gegenläufige Einschätzung ist die Ausnahme, so daß das im Mittelwertsprofil vorgefundene Ergebnis bestätigt wird. Mit BECKMANN und RICHTER könnte man hieraus folgern, daß Ekzemkranke in der sozialen Interaktion mit anderen narzißtische Gratifikationen zu erfahren versuchen und darum bemüht sind, sich in sozialen Beziehungen "in Szene zu setzen".
Im Hinblick auf die Skala Dominanz findet sich das Ergebnis, daß zwar die Durchschnittswerte in Richtung Dominanz weisen, andererseits aber die einzigen Items dieser Skala, die weitgehende Übereinstimmung zeigen, auf eine gefügige Haltung hinweisen. BECKMANN und RICHTER zufolge können widersprüchliche Antwortmuster ein Hinweis auf einen Konflikt sein: während die eine Ankreuzung einem abgewehrten Impuls oder Affekt entspricht, stellt die andere die Abwehr selbst dar. Dies scheint in diesem Fall zuzutreffen: Offenbar wünschen sich ekzemkranke Patienten, andere zu lenken, statt gelenkt zu werden, andererseits fürchten sie sich

vor Konflikten ("Ich gerate besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen"), wie sie es selbst bewußt erkennen und was aufgrund des klinischen Eindrucks bestätigt werden kann. Es ist somit zu vermuten, daß die Gruppe dieser Patienten im manifesten Verhalten eher "gefügige" Tendenzen aufweist.

Eine noch deutlicher diskrepante Selbsteinschätzung findet sich auf der Skala Kontrolle: Während der Durchschnittswert der ekzemkranken Patienten bei dieser Skala auf der Seite "Unterkontrolliertheit" liegt, werden andererseits von der überwiegenden Mehrzahl zwei Items in Richtung Zwanghaftigkeit gewählt; zugleich wird von den meisten Patienten ein Item angekreuzt, das für unterkontrolliertes Verhalten spricht. Nach BECKMANN und RICHTER geht es bei dieser Skala um die Beziehung zwischen dem Es und Kontrollmechanismen des Über-Ich. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt die Antwortmuster auf dieser Skala, ergibt sich die Vermutung, daß hier weitgehend im Sinne von Über-Ich-Forderungen angekreuzt wurde und daß das Über-Ich bei dieser Patientengruppe stark an sozial erwünschten Standards orientiert ist.
Übereinstimmend mit dem Durchschnittswert und den Mittelwertsprofilen der meisten Ekzemkranken werden mehrheitlich zwei Items angekreuzt, die in Richtung Depressivität weisen. Die meisten Ekzemkranken sagen von sich, daß sie häufig bedrückt seien und sich häufig über innere Probleme Gedanken machen.
Hohe Übereinstimmung besteht weiterhin hinsichtlich eines Items der Skala Durchlässigkeit. Ekzemkranke sagen von sich, im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig zu sein. Alle anderen Item-Ankreuzungen auf dieser Skala weisen jedoch eher in Richtung Retentivität, so daß im Mittel eine eher retentive

Selbsteinschätzung vorliegt. Somit besteht auch im Hinblick auf diese Dimension ein inkonsistentes Selbstbild.
Das eindeutigste Ergebnis findet sich schließlich auf der Skala Soziale Potenz. Hier werden drei Items mit hoher Übereinstimmung beantwortet. Die Patientengruppe beschreibt sich als außerordentlich gesellig, glaubt einem Partner viel Liebe schenken zu können und im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen zu sein. Ankreuzungen in Richtung sozialer Impotenz sind hier die Ausnahme.

Insgesamt läßt sich zusammenfassen, daß es eine Reihe von Aussagen gibt, von denen die überwiegende Mehrheit der ekzemkranken Patienten übereinstimmend sagt, daß sie für sie zutreffen.
Von insgesamt 28 Patienten sagen jeweils 22 von sich, daß sie eher engen Anschluß an einen anderen Menschen suchten, daß es ihnen eher leicht falle, mit anderen eng zusammenzuarbeiten und daß sie im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig seien.
21 Patienten meinen, daß sie einem Partner außerordentlich viel Liebe schenken könnten. Schließlich wird von 24 der 28 Ekzemkranken angegeben, daß sie sehr viel Wert darauf legten, schön auszusehen, eine Äußerung, die jedoch nicht unabhängig davon gesehen werden kann, daß diese Patienten aufgrund ihrer Hauterkrankung, die für andere häufig unmittelbar sichtbar ist, in ihrem Erscheinungsbild beeinträchtigt sind.
Insgesamt 6 Patienten weisen fünf und mehr Selbsteinschätzungen auf, die zu den Selbsteinschätzungen der übrigen ekzemkranken Patienten gegenläufig sind. Bei 4 dieser 6 Patienten handelt es sich um Studenten; die

beiden übrigen sind die Patientinnen Qw und Cw, die sowohl aufgrund der klinischen Diagnostik wie nach den Befunden im Gießen-Test als extrem depressiv anzusehen sind. Inwieweit insbesondere das Selbstbild der ekzemkranken Studenten von ihrer besonderen sozialen Situation mitbestimmt wird, kann in diesem Zusammenhang nicht entschieden werden. Wichtig erscheint hier lediglich festzuhalten, daß es innerhalb dieser Untergruppe Studenten und manifest depressive Patientinnen mit endogenem Ekzem sind, die sich im Hinblick auf mehrere Selbsteinschätzungen von den übrigen Ekzemkranken unterscheiden.

4. Symptomauslösende und symptomverstärkende Situationen bei ekzemkranken Erwachsenen

Neben der Beschreibung struktureller Persönlichkeitsmerkmale und der testpsychologisch erfaßten Selbsteinschätzung ekzemkranker Patienten lag ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt im Rahmen der anamnestischen Erhebungen auf Merkmalen derjenigen psychosozialen Situationen, in deren Zusammenhang sich die körperliche Symptomatik an der Haut jeweils manifestiert oder verstärkt hat.
Wenn die Erfassung solcher symptomauslösenden bzw. verstärkenden Situationen auch mit der Absicht verbunden ist, genaueren Aufschluß über jene psychodynamisch wirksamen Faktoren zu gewinnen, auf deren Hintergrund sich die psychosomatische Symptomatik bei Ekzemkranken entwickelt, so trifft dieser Arbeitsschritt doch auf besondere Schwierigkeiten. Denn allein aufgrund von äußeren, objektiven Merkmalen dieser psychosozialen Situationen lassen sich die für deren intrapsychische Verarbeitung bedeutsamen Faktoren nicht ausreichend verstehen. Als entscheidend ist vielmehr anzusehen, welche Bedeutung der jeweiligen Situation im Erleben des Patienten zukommt und mit Hilfe welcher psychischen Ressourcen er sie bewältigt hat bzw. nicht bewältigen konnte. Dabei lehrt jedoch die psychoanalytische Erfahrung, daß insbesondere die unbewußte Bedeutung symptomauslösender und -verstärkender Situationen sich im allgemeinen erst nach einem langen therapeutischen Prozeß ganz aufhellt, so daß anamnestisch gewonnene

Daten hier von vornherein nur begrenzte Aufschlüsse zu geben vermögen.*)

Aus dieser methodischen Schwierigkeit heraus wurde versucht, die von den Patienten geschilderten symptomauslösenden und -verstärkenden Situationen vorerst alleine nach beschreibenden Merkmalen zu unterscheiden. Wenn dieses klinisch-beschreibende Vorgehen auch noch keinen entscheidenden Einblick in die Seite der subjektiven Verarbeitung solcher Situationen zu geben vermag, so kann doch in einem nächsten Schritt und in Zusammenhang mit anderen Befunden der Versuch unternommen werden, zumindest Vermutungen darüber zu entwickeln, ob und ggfs. welche gemeinsamen Faktoren in diesen Situationen für diese Gruppe ekzemkranker Patienten von Bedeutung sein könnten.

---

*) Allerdings trifft man bei den Patienten selbst ebenso wie in der sozialmedizinischen Literatur in diesem Zusammenhang gelegentlich auf ein Mißverständnis besonderer Art, demzufolge psychosoziale Situationen wie eine pathogene Noxe als per se krankmachend verstanden werden. Dort werden psychosoziale Situationen, Verhaltensweisen realer Bezugspersonen oder faktische Merkmale der alltäglichen Lebenswelt als krankheitsbedingend oder -verursachend aufgefaßt, als könne ihnen im Krankheitsgeschehen eine analoge Bedeutung zukommen wie viralen oder bakteriellen Erregern bei Infektionskrankheiten.

Bei 14 der insgesamt 30 ekzemkranken Erwachsenen traten bereits im ersten Lebensjahr ekzematische Hautveränderungen auf; vier weitere Patienten erkrankten erstmals zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr an einem endogenen Ekzem. Somit konnte von mehr als der Hälfte der Patienten keine auslösende Situation für die Erstmanifestation der Symptomatik angegeben werden. Aus diesem Grund werden im folgenden symptomauslösende und symptomverstärkende Situationen nicht gesondert betrachtet, sondern in der Darstellung zusammengefaßt.
Von der weit überwiegenden Mehrzahl aller Patienten wurden spontan lebensgeschichtliche Ereignisse geschildert, die von ihnen entweder unmittelbar mit ihrer Hauterkrankung in Verbindung gebracht wurden oder aber aufgrund eines zeitlichen Zusammenhanges eine solche nahelegten. Lediglich drei weibliche Patienten äußerten explizit die Ansicht, daß es keinerlei Zusammenhang zwischen ihrer Hautsymptomatik und lebensgeschichtlichen Ereignissen geben könne. Zwei von ihnen berichteten dabei zwar über erhebliche Probleme und Konflikte in ihrer Partnerschaft bzw. in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, die zeitlich mit einer Exazerbation des Ekzems zusammenfielen, betonten aber gleichzeitig, daß ein innerer Zusammenhang dieser Ereignisse undenkbar sei.

> Eine 50jährige Patientin, von der auch der Gießen-Test nicht zu erhalten war, zeigte sich außerordentlich ängstlich gegenüber der Möglichkeit, sich mit ihrem intrapsychischen Erleben zu konfrontieren. Stereotyp betonte sie, daß alles "ganz normal" sei. Es war ihr nicht möglich, ihr unübersehbares Leiden an ihren Beeinträchtigungen mitzuteilen. Bereits beim Erstkontakt hatte sie versichert, daß ihr ihre Hauterkrankung nichts ausmache; während sie dies sagte, weinte sie, um sogleich zu versichern, daß diese Tränen "einfach so" gekommen seien.

Andere Patienten ziehen die Möglichkeit mehr oder weniger entschieden in Betracht, daß biographische Ereignisse, die der Manifestation der Hauterscheinungen unmittelbar vorausgegangen sind, von Bedeutung sein könnten. Da das Ekzem bei der Mehrzahl der Patienten (n = 19; vgl. S. 102) chronisch-rezidivierend verläuft, werden dabei überwiegend mehrfache symptomverstärkende Situationen angegeben.

Insgesamt schilderten die Patienten in dem untersuchten Kollektiv eine Summe von 102 symptomauslösenden bzw. symptomverstärkenden Situationen. In beschreibender Absicht können diese Situationen vorläufig in fünf verschiedenen Gruppen zusammengefaßt werden:

- Vergrößerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen
- Verringerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen
- Leistungsfordernde Situationen
- Manifeste interpersonelle Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen
- Körperliche Veränderungen

Im folgenden sollen diese Situationen näher beschrieben werden.

4.1 Vergrößerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen

In dieser Gruppe werden Situationen zusammengefaßt, in denen der Patient sich von für ihn bedeutsamen Personen entfernt oder von ihnen verlassen wird. Von den 102 angegebenen Situationen fallen insgesamt 35 in diese Gruppe.

> Ein 25jähriger Beamter berichtete, daß das Ekzem erstmals im 9. Lebensjahr aufgetreten sei, nachdem die Mutter eine Berufstätigkeit aufgenommen habe und er deswegen seine Nachmittage bei seiner Großmutter verbringen mußte.

Jeweils drei Patienten schildern eine Exazerbation der Hautsymptomatik in Zusammenhang mit Trennungen von einem Partner oder einem eigenen Kind, bei schwerer Erkrankung einer nahen Bezugsperson, bei Tod eines bedeutsamen Anderen, bei einem Wechsel der Schule verbunden mit Trennungen von vertrauten Kameraden und Freunden sowie in Zusammenhang mit längeren Kliniksaufenthalten.
Sechs Patienten berichten von einem Wechsel der vertrauten Wohnumgebung, in Zusammenhang mit dem sich die Ekzemsymptomatik verschlimmerte.
Schließlich geben drei Patienten an, daß auch ein kurzfristigeres Verlassen der vertrauten Umwelt wie bei Reisen immer wieder die dermatologischen Beschwerden erheblich verstärke.

4.2 Verringerung der sozialen Distanz zu wichtigen Bezugspersonen

Zwanzig der 102 symptomverstärkenden Situationen wurden dieser Kategorie zugeordnet, derzufolge es zu Symptomexazerbationen in Zusammenhang mit Erfahrungen kam, die als Verringerung von sozialer Distanz gegenüber wichtigen Bezugspersonen zusammengefaßt wurden. Bei 7 Patienten trat die Hautsymptomatik unmittelbar nach Beginn einer intimen Partnerschaft auf.

> Eine 22jährige Patientin berichtete, daß sich das Ekzem kurze Zeit nach ihrer Hochzeit und insbesondere während der anschließenden Hochzeitsreise in nahezu unerträglichem Ausmaß verschlimmert habe. Während sich die Eheleute bis dahin nur relativ selten hatten sehen können und aus religiösen Gründen keinen sexuellen Kontakt miteinander hatten, stellte sich jetzt bei der Patientin unstillbarer Juckreiz ein, u. a. immer dann, wenn sie von ihrer Arbeit nach Hause kam. Demgegenüber war sie während ihrer Arbeitszeit außer Hause annähernd beschwerdefrei: "Ich ziehe meinen Mantel aus, garantiert fange ich an zu jucken und zu kratzen. Ich gehe ins Wohnzimmer, mein Mann liest oder sieht fern, ich setze mich dazu, dann kratze ich... Wenn mein Mann sich ganz dicht neben mich setzt, wird der Juckreiz stärker... wenn er mich in den Arm nimmt, fange ich schon an, daß ich loskomme." Die Patientin bezeichnet die Beziehung zu ihrem Mann als sehr harmonisch und meint nach der Schilderung der juckreizauslösenden Situationen mit Nachdruck: "Das sind aber keine Abwehrmechanismen gegen meinen Mann!"

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß von mehreren Patienten zugleich symptomverstärkende Situationen berichtet wurden, die unter der Rubrik von Trennungen subsumiert, wie solche, die als Verringerung sozialer Distanz aufgefaßt wurden. Beide Klassen von

Situationen - solche, deren Oberflächenmerkmale eine Zuordnung zu sozialer Distanzierung nahelegen wie andere, die als soziale Annäherung geschildert werden - können bei dem gleichen Patienten in Verbindung zur Exazerbation der Hautsymptomatik geschildert werden. Allerdings zeigen sich hier mit besonderer Deutlichkeit die Grenzen einer beschreibenden Typisierung symptomverstärkender Situationen. Erst eine eingehendere Analyse der subjektiven Bedeutung dieser Situationen könnte genaueren Aufschluß darüber geben, worin der jeweils entscheidende psychodynamische Erlebniszusammenhang bei dem einzelnen Patienten zu sehen ist. Situationen wie die Aufnahme von Partnerbeziehungen beispielsweise, die hier zur Verringerung sozialer Distanz zugerechnet wurden, könnten sich dann auch als Trennungsproblematiken erweisen, wenn sich zeigen würde, daß deren subjektive Bedeutung nicht in der Annäherung an bedeutsame Bezugspersonen zu suchen ist, sondern in denen Trennungen - wie etwa die Ablösung von elterlichen Primärobjekten - entscheidend sind. Verläßliche Aussagen über diesen jeweiligen subjektiven Bedeutungsgehalt würden jedoch die Aussagekraft anamnestisch gewonnener Informationen übersteigen.

4.3 Leistungsfordernde Situationen

In 21 Fällen wurde von Exazerbationen zu Zeiten berichtet, in denen die Patienten höhere Leistungsanforderungen an sich gestellt sahen wie etwa bei Prüfungen, beim Übergang in eine höhere Schule oder bei Beginn einer Lehre. Einige Patienten fügten in diesem Zusammenhang hinzu, daß sie sich in diesen Situationen erheblich überfordert gefühlt hätten.
Sechs Patienten meinten, generell bei Leistungsanforderungen mit ekzematischen Hautveränderungen zu reagieren.

> Ein 18jähriger Gymnasiast erkrankte erstmals im Alter von 6 Jahren kurz nach seiner Einschulung an einem endogenen Ekzem. Er gibt an, sich genau zu erinnern, daß die Einschulung für ihn sehr schwierig gewesen sei; er habe nicht zur Schule gehen wollen, da er große Angst gehabt habe, den an ihn gestellten Leistungsanforderungen nicht zu genügen. Diese Ängste hätten sich auch im weiteren Verlauf seiner Schulzeit gehalten und immer wieder zu Verschlimmerungen seiner Hautkrankheit geführt.

Vergleichbare Versagensängste werden von den Patienten dieses Untersuchungskollektivs häufig geschildert. Auch Situationen, in denen die Patienten erwartete Leistungen tatsächlich nicht erbringen können, scheinen häufiger mit besonders starken Hautreaktionen einherzugehen.

> So erlitt eine 28jährige Frau die bislang stärksten Exazerbationen der Hautsymptomatik, nachdem sie eine Prüfung beim ersten Versuch nicht bestanden hatte.
>
> Eine 19jährige Arbeiterin mußte wegen einer massiven Verstärkung des Ekzems stationär behandelt werden, nachdem sie ihre Gesellenprüfung nicht bestanden hatte.

Bei einem 23jährigen Studenten kam es im Alter von 14 Jahren zur Erstmanifestation des Ekzems, nachdem er erstmals während seiner Schulzeit nicht in die nächsthöhere Klasse versetzt wurde.

4.4 Manifeste interpersonelle Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen

Unter dieser Kategorie werden Situationen zusammengefaßt, die sich als Manifestation von Nicht-Übereinstimmung der ekzemkranken Patienten mit für sie wichtigen Personen auffassen lassen und in deren Zusammenhang sich die ekzematösen Hautveränderungen bei den Patienten jeweils verschlimmerten. Dabei fällt bei denjenigen Patienten auf, die von vergleichbaren Situationen berichteten, daß sie sich selbst annähernd nicht in der Lage fühlen, kontroverse Meinungen, kritische Urteile oder aggressiv gefärbte Äußerungen zum Ausdruck zu bringen, da sie offenbar alles tun müssen, um Nicht-Übereinstimmung zu verhindern. Zu unverhüllten Auseinandersetzungen kommt es bei den Patienten allerdings insgesamt selten; wenn, dann empfinden sie sich darin als passiver Teil, gleichsam als deren Opfer. Lediglich vier Patienten berichteten über Exazerbationen in Zusammenhang mit offenen Auseinandersetzungen, die zudem mit ausgeprägten Schuld- und Reuegefühlen einhergingen.

Ein 28jähriger Student schildert, daß er sich nach einem Streit mit seiner Freundin immer sehr "unwohl" fühle, ohne dieses Unwohlsein genauer fassen zu können. Er müsse dann über die möglichen Ursachen der Auseinandersetzung lange nachgrübeln,

wobei er sich selbst immer die Schuld gebe. Solche Grübeleien seien von verstärkten Hautreaktionen begleitet.

Häufiger werden jedoch symptomverstärkende Situationen geschildert, in denen sich der Patient bei einer Auseinandersetzung passiv verhält und weder Kränkungen, Enttäuschungen, Groll oder Ärger verspürt, noch entsprechende Gefühle zum Ausdruck zu bringen vermag.

Eine 29jährige Patientin reagierte mit einer heftigen Exazerbation ihrer Hautsymptomatik, nachdem sie sich von ihrer Schwiegermutter zu Unrecht kritisiert fühlte. Sie war sich ihrer eigenen Empfindungen nicht bewußt und wagte nicht, der Schwiegermutter zu widersprechen. Nachdem sie die Vorwürfe der Schwiegermutter über sich hatte ergehen lassen, ging sie zu ihr hin und entschuldigte sich bei ihr.

In drei Fällen gingen der Symptomexazerbation Situationen voraus, in denen der Patient Auseinandersetzungen zwischen ihm nahen Personen beobachtete, ohne selbst darin manifest involviert zu sein.

Bei einem jungen Mann trat nach einem symptomfreien Intervall von 3 Jahren das Ekzem erneut auf, nachdem er eine heftige Auseinandersetzung zwischen seinem Vater und seiner Schwester miterlebt hatte. Der Vater hatte seine Tochter in betrunkenem Zustand heftig beschimpft, weil sie gegen seinen Willen mit ihrem Freund in Urlaub gefahren war. Der Patient selbst meinte von sich, Ärger, Wut oder Haß weder deutlich empfinden noch zeigen zu können. Er versuche immer, strittige Angelegenheiten durch Argumentieren und Diskutieren sachlich zu regeln.

4.5 Körperliche Veränderungen

Bei 10 der von den Patienten geschilderten Situationen steht manifest im Vordergrund, daß allgemeine körperliche Veränderungen einer Exazerbation der Hautsymptomatik vorausgingen. Dabei werden von den Patienten sehr unterschiedliche Ereignisse mit den ekzematösen Hautveränderungen in Zusammenhang gebracht wie Schwangerschaft, Menstruation, Klimakterium, Operationen oder leichtere körperliche Mißbildungen. Auch bei dieser Kategorie von symptomauslösenden bzw. -verstärkenden Situationen wird die beschränkte Aussagekraft einer deskriptiven Klassifizierung noch einmal deutlich. So ist durchaus offen, welche Erlebnisqualitäten die genannten körperlichen Veränderungen für die Patienten beinhalten.

> Von einer 33jährigen Frau wird die Veränderung ihrer Körperproportionen im Rahmen einer Schwangerschaft in Zusammenhang mit einer Verschlimmerung des Ekzems gebracht. Zugleich gibt sie jedoch an, daß das Kind, das sie erwartete, "nicht geplant" gewesen sei. Die Schwangerschaft sei für sie eine große "Umstellung" gewesen, da sie es für fraglich habe halten müssen, ob sie die Mutterschaft mit ihrer Berufstätigkeit würde verbinden können.

In dem zuletzt genannten Beispiel deutet sich an, daß die von der Patientin selbst als bedeutsam angegebene Veränderung ihres körperlichen Erscheinungsbildes offenbar eine Rationalisierung anderer, mit der Schwangerschaft verbundener Konflikte darstellen dürfte.

Bei dem Versuch, über die dargestellte, rein beschreibende Klassifizierung symptomauslösender und -verstärkender Situationen hinauszugehen, um in ersten Ansätzen eine Antwort auf die Frage zu gewinnen, welche psychodynamisch relevanten Faktoren in diesen Situationen zur Geltung gelangen könnten, soll auf die Befunde zu den Objektbeziehungen der ekzemkranken Patienten zurückgegriffen werden (vgl. S. 117).
Geht man von der dort entwickelten Annahme aus, daß Ekzemkranke sich überwiegend in jenen, unter dem Stichwort "komplementäre Einfügung" beschriebenen Beziehungen zu Objekten bewegen, lassen sich die verschiedenen Typen von Situationen, in deren Zusammenhang die Hautsymptomatik exazerbiert, möglicherweise auf eine gemeinsame Richtung hin interpretieren. Betrachtet man in der dort entwickelten Perspektive die beschriebenen Situationen, in deren Zusammenhang Symptome des endogenen Ekzems mobilisiert werden, so stellt sich die Frage, inwieweit in Veränderungen jener Objektbeziehungen derjenige Faktor zu suchen ist, der im Gefüge psychosomatischer Koppelungen zur Wirksamkeit gelangt. Von "Veränderungen" wird hier bewußt in allgemeinster Bedeutung gesprochen, da offenbar weder bestimmte Handlungen, Gesten oder Signale realer Objekte, noch umschriebene Veränderungen des Selbst solche Bedeutung erlangen, sondern Labilisierungen einer Beziehung, die alleine in der Gestalt der beschriebenen "komplementären Einfügung" stabilisierend wirkt. Unspezifische Veränderungen dieser - psychosomatische Stabilität beim Ekzemkranken vermittelnden - Beziehung könnte das auch andernorts berichtete, deskriptiv breite Spektrum symptomverstärkender Situationen (vgl. auch das Übersichtsreferat von BORELLI 1967) gleichsam als deren gemeinsamen Nenner verständlicher machen. Solche Störungen der "komplementären Einfügung" des Sub-

jekts in von bedeutsamen Objekten bestimmte Grenzen könnten sowohl durch Veränderungen auf seiten des Objekts wie auf seiten des Subjekts hervorgerufen werden. Bei Distanzierungen droht das Objekt verloren zu gehen, dem sich der Patient jeweils defensiv eingefügt hatte. Verstärkte Annäherung könnte als Bedrohung durch ein archaische Über-Ich-Qualitäten repräsentierendes Objekt erlebt werden. In besonderen Situationen kann diese Störung der "komplementären Einfügung" in erhöhten Leistungsanforderungen bestehen. Körperliche Veränderungen schließlich würden eine Veränderung des Selbst bedingen, die eben jenen Mechanismus zu stören drohen.

Der gemeinsame Faktor in den verschiedenen symptomverstärkenden und -auslösenden Situationen bestände demnach in der Bedrohung jener defensiven, das Selbst abschirmenden "komplementären Einfügung" in die von jeweils bedeutsamen Objekten bestimmte Grenzen. Diese Interpretation würde in Teilen mit den Untersuchungsbefunden zu Patienten mit anderen psychosomatischen Krankheiten übereinstimmen, bei denen gefunden wurde, daß Objektverlust als ein entscheidender, die psychosomatische Erkrankung verschlimmernder Faktor anzusehen ist (vgl. z. B. ZEPF, KÜNSEBECK, SITTARO 1981, 1981a), wobei hier allerdings - anders als dort - die Bedeutung des Objekts nicht im Sinne eines narzißtischen Idealobjekts gesehen wird.

Klinische Erfahrungen mit ekzemkranken Patienten können die genannten Vermutungen zur Bedeutung der Störung von Objektbeziehungen wenn auch nicht beweisen, so doch bekräftigen. Sie zeigen, daß Symptome des endogenen Ekzems, insbesondere auch Juckreiz und Kratzen, der Beobachtung unmittelbar zugänglich exazerbieren können, wenn es zu manifest unspezifischen Veränderun-

gen in der Beziehung des Patienten zu seinem Arzt kommt. Allerdings darf die Interpretation symptomauslösender und -verstärkender Situationen unter Objektbeziehungsgesichtspunkten nicht darüber hinwegtäuschen, daß der psychodynamische Zusammenhang, in den diese Störungen der Objektbeziehung gestellt sind, noch nicht aufgeklärt ist. Auch an diesem Punkt müssen die Aussagekraft anamnestisch gewonnener Daten an ihre Grenzen gelangen und genauere Klärungen vertiefenden Erfahrungen in psychoanalytisch-therapeutischen Prozessen überlassen bleiben.

Ekzemkranke Patienten werden von ihrem behandelnden Arzt - und im Rahmen dieser Untersuchung von Psychoanalytikern - fast ausschließlich dann gesehen, wenn ihre Hautsymptomatik behandlungsbedürftig ist. Weiteren Aufschluß zur Frage der psychodynamischen Bedeutung der Objektbeziehungen dieser Patienten könnte indessen von ihrer Untersuchung in symptomfreien Intervallen erwartet werden. Dort könnte sich zeigen, inwieweit bestimmte, stabil aufrechterhaltene Objektbeziehungen erst d i e psychosomatische Stabilität gewährleisten, ohne die die Patienten mit Organimanifestationen erkranken. Weiter könnte in solchen Phasen nachgewiesen werden, ob Objekte auch strukturelle Störungen der Ich-Organisation dieser Patienten möglicherweise zu kompensieren vermögen, die sich dann erst in Phasen der Erkrankung manifestieren und der Untersuchung zugänglich würden. Diese Vermutung würde hinsichtlich ekzemkranker Patienten bedeuten, daß der Objektbeziehungstypus der "komplementären Einfügung" erst psychosomatische Stabilität verleiht und daß erst dessen Störungen die Funktionsbeeinträchtigungen des Ich zur

Geltung kommen läßt, die sich in Phasen der Erkrankung zeigen, nachdem das vikariierend die Störungen kompensierende Objekt nicht mehr zur Verfügung steht.

II. EKZEMKRANKE KINDER

Im folgenden wird über 15 ekzemkranke Kinder im Alter zwischen 6 und 15 Jahren berichtet. Die Untersuchung dieser vergleichsweise kleinen Patientengruppe wurde nicht von umschriebenen Hypothesen geleitet, wenn auch von einer bestimmten Ausrichtung der klinischen Aufmerksamkeit und Fragestellung. Ein Teil dieser Frage lautete, ob sich schon bei ekzemkranken Kindern jene strukturellen Störungen ihrer Ich-Organisation finden würden, wie später bei Patienten mit dieser Erkrankung im Erwachsenenalter; stärker im Vordergrund aber sollte ein Gesichtspunkt stehen, der sich eher als Absicht und Hoffnung denn als konkrete Fragestellung formulieren läßt, die Hoffnung nämlich, aus der Untersuchung der ekzemkranken Kinder zumindest einige Hinweise darauf zu erhalten, wie es im Verlauf der frühen Lebensgeschichte von Kindern zu jenen Ich-Störungen kommen kann, die sich bei den Patienten im Erwachsenenalter hatten nachweisen lassen. Diese Hoffnung galt insbesondere auch für den Teil der Untersuchung, der sich mit den Familienbeziehungen der überwiegend seit dem Kleinkindalter ekzemkranken Kinder befaßte.

Das Untersuchungsvorgehen wurde an anderer Stelle bereits dargestellt (vgl.S. 84).

Wie die Gruppe der erwachsenen Patienten sollen auch die ekzemkranken Kinder eingangs in Hinblick auf einige soziale, dermatologische und psychopathologische Merkmale beschrieben werden. Dem wird sich eine knappe Charakterisierung der Persönlichkeit dieser Kinder anschließen, in der auch hier ich-psychologische Ge-

sichtspunkte in den Vordergrund gerückt werden. Anders als bei den erwachsenen Ekzemkranken war es hier weder möglich, zur Einschätzung von Störungs- bzw. Ausprägungsgraden von Ich-Funktionen auf vorliegende Arbeiten zurückzugreifen, noch entsprechende Definitionen neu zu entwickeln. Es fehlen bisher ausgearbeitete Konzepte, mit deren Hilfe es möglich wäre, die Entwicklung verschiedener Ich-Funktionen in Abhängigkeit vom Alter der Kinder genau einzuschätzen.

Die Befunde zur Ich-Entwicklung der Kinder werden ergänzt durch die Darstellung einiger ihrer Phantasie- und Traumproduktionen, denen eine besondere diagnostische Bedeutung zukommt.
Im weiteren werden die Befunde der Selbstbilder der Eltern nach den Ergebnissen des Gießen-Test dargestellt.
Abschließend soll dann die Rolle der ekzemkranken Kinder in ihren Familien diskutiert werden.

1. Die Patientengruppe

Die Daten zum Alter, Geschlecht und zur schulischen Situation der Gruppe ekzemkranker Kinder gehen aus Tabelle 13 hervor.

	Anzahl (n = 15)
GESCHLECHT	
männlich	6
weiblich	9
ALTER	
6 - 9 Jahre	5
10 - 12 Jahre	6
13 - 15 Jahre	4
SCHULBILDUNG	
Grundschule	7
Hauptschule	0
Realschule	2
Gymnasium	4
noch nicht schulpflichtig	2

Tab. 13: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach Geschlecht, Alter und Schulbildung.

Ergänzend finden sich in Tabelle 14 verschiedene Daten zur sozialen Lage der Familien, in Tabelle 15 zur Geschwistersituation der Patienten.

	Anzahl (n = 15)	
	Mutter	Vater
ALTER DER ELTERN		
bis + 20	2	0
+ 20 bis 24	5	3
+ 25 bis 29	3	4
+ 30 bis 34	1	3
+ 35 bis 39	1	1
keine Angaben	3	4
ARBEITSSITUATION DER ELTERN		
Arbeiter	1	3
Angestellter/Beamter	6	5
leitender Angestellter/ leitender Beamter	0	2
selbständig	1	4
nicht berufstätig	7	0
keine Angaben	0	1
SCHULBILDUNG DER ELTERN		
Volksschule	9	9
Realschule	4	4
Gymnasium	1	1
keine Angaben	1	1
FINANZIELLE SITUATION DER ELTERN (DM)		
unter 1.000	2	
1.000 - 2.000	6	
2.000 - 3.000	2	
über 3.000	4	
keine Angaben	1	
FAMILIENSTAND DER ELTERN		
verheiratet	10	
geschieden	3	
verwitwet	0	
getrennt lebend	1	
ledig	1	

Tab. 14: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach Daten ihrer Herkunftsfamilie.

	Anzahl (n = 15)
GESCHWISTERZAHL	
Einzelkind	4
1	8
2	3
3 bzw. mehr als 3	0
STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE	
Einzelkind	4
Erstgeborenes	5
Zweitgeborenes	5
Drittgeborenes	1

Tab. 15: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach Daten der Geschwistersituation.

Wie in der Gruppe der erwachsenen Ekzemkranken manifestiert sich auch bei den Kindern die Hautkrankheit überwiegend im ersten Lebensjahr, ist entweder an wechselnden oder an gleichbleibenden Körperpartien umschrieben oder generalisiert über das gesamte Integument lokalisiert. Auch bei den Kindern sind - bis auf zwei Ausnahmen - für die Umgebung sichtbare Körperpartien von den Hautveränderungen betroffen (vgl. Tab. 16).

	Anzahl (n = 15)
MILCHSCHORF	
ja	7
nein	6
nicht bekannt	2
ERSTMANIFESTATION DES EKZEMS	
1. Lebensjahr	9
2. und 3. Lebensjahr	5
4. bis 7. Lebensjahr	0
8. bis 12. Lebensjahr	1
LOKALISATION DES EKZEMS	
wechselnd	9
gleichbleibend	6
umschrieben	5
generalisiert	10
sichtbar	13
nichtssichtbar	2

Tab. 16: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach Daten der Ekzemkrankheit.

Fünf Kinder leiden neben dem Ekzem auch an Asthma, das vikariierend mit der Dermatose auftritt; ein Kind leidet zusätzlich an einer Rhinitis vasomotorica. Asthma und Rhinitis treten bei den Kindern dieser Untersuchungsgruppe nicht gleichzeitig auf.

	Anzahl (n = 15)
ANDERE ATOPIE-SYMPTOMATIK	
nein	9
Rhinitis	1
Asthma	5

Tab. 17: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach Erkrankungen des atopischen Syndroms.

Wie nicht anders zu erwarten, ist auch bei den Kindern die familiäre Atopie-Belastung hoch:

	Anzahl (n = 15)
FAMILIÄRE ATOPIE-BELASTUNG	
keine	6
Mutter	8
Vater	0
Geschwister	3
andere Verwandte	2
(Der die Stichprobengröße übersteigende Summenwert ist darauf zurückzuführen, daß mehrfache familiäre Belastungen möglich sind.)	
ATOPIE-SYMPTOMATIK IN DER FAMILIE	
Ekzem	9
Rhinitis	1
Asthma	1

Tab. 18: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach familiärer Belastung mit Erkrankungen des atopischen Syndroms.

Schließlich wiederholt sich in der Gruppe der ekzemkranken Kinder die erstaunlich hohe Anzahl derjenigen, bei denen psychische Symptome von Krankheitswert vorkommen. Von mehr als der Hälfte der Kinder werden in diesem Zusammenhang mehrere seelische Symptome genannt.

	Anzahl (n = 15)
HÄUFIGKEIT ANAMNESTISCH ANGEGEBENER SEELISCHER BESCHWERDEN	
ja	12
nein	3
ANZAHL ANAMNESTISCH ANGEGEBENER PSYCHISCHER SYMPTOME	
1:	5 x
2:	2 x
3:	3 x
4:	2 x

Tab. 19: Zusammensetzung einer Gruppe von 15 ekzemkranken Kindern nach der Häufigkeit der psychischen Begleitsymptomatik.

Bei den ekzemkranken Kindern kommen Lern- und Schulschwierigkeiten vor, Tics, Ängste, Enuresis, Sprach- oder ausgeprägte Kontaktstörungen.

2. Persönlichkeitsmerkmale ekzemkranker Kinder

In den nachfolgend dargestellten klinischen Kurzcharakteristiken der Kinder wurden jene ich- und objektpsychologischen Gesichtspunkte in den Vordergrund gerückt, denen auch bei der Untersuchung der erwachsenen Patienten besonderes Gewicht beigemessen wurde. Während dort die Untersuchungsbefunde nach verschiedenen Aspekten von Ich-Funktionen zusammengefaßt wurden, beschränkt sich die Darstellung hier auf knappe klinische Beschreibungen von Persönlichkeitsmerkmalen der Kinder, die im folgenden wiedergegeben werden sollen.

GUDRUN (6 Jahre)

Die sechsjährige Gudrun ist ein stark übergewichtiges Mädchen. Sie macht einen wenig lebendigen Eindruck, wirkt etwas träge und sagt von sich selbst, daß sie sich nicht gerne bewege. Sie lutscht am Daumen und kann nachts nur schlafen, wenn im Zimmer eine Lampe brennt, was bei Kindern ihres Alters jedoch nicht sonderlich ungewöhnlich ist. Daneben zeigt sie indessen Verhaltensweisen, die einen deutlicher kleinkindhaften Charakter haben: sie ist motorisch noch unselbständig, in ihrer sprachlichen Entwicklung retardiert und verträgt auch geringste Frustrationen nicht. Versagungen lassen sie in langanhaltendes Schreien geraten, das ihre Eltern veranlaßt, ihr das eben Versagte doch zukommen zu lassen. Ihre ohnehin spärlichen spielerischen Aktivitäten zeigen wenig Phantasie. Dies bestätigt sich auch in der testpsychologischen Untersuchung (CAT): Die Figuren, die sie benennt, sind kaum jemals handelnd miteinander verbunden. Gudrun

ordnet den Figuren des Tests zwei Typen von "Aktivitäten" zu, statische wie "gucken", "sitzen" oder "schlafen" und orale wie "frühstücken", "Kaffee trinken","Banane essen" usw. So meint sie zur Bildtafel 1 des Tests: "Die Enten essen was. Das Huhn guckt zu. Mehr weiß ich nicht"; zur Bildtafel 3 bemerkt sie: "Da sitzt ein Löwe auf'm Sessel. Und da guckt eine Maus raus. Der Löwe sitzt und die Maus sitzt auch".

Auch Gudruns manifeste Wünsche drehen sich vorwiegend um das Essen. Ihre drei intensivsten Wünsche, so meint sie, seien "ein Eis, eine Torte und ein Baby zum Füttern".
Von ihrer Gefühlswelt läßt das Mädchen auch im Spiel wenig erkennen. Lediglich aggressiv bestimmte Äußerungen - wenn sie sich im manifesten Verhalten überhaupt niederschlagen - sind wenig gesteuert und treten insbesondere in Form von unkontrollierter Versagungswut zutage. Gudruns libidinöse Impulsabkömmlinge erscheinen dagegen stark verdeckt. Auch ihre Kontakte zu den Personen ihrer Umgebung werden vornehmlich über die Schiene aktiven Nahrung-Zuführens oder passiven Nahrung-Zugeführtbekommens vermittelt.

ERIKA (6 Jahre)

Bei dem inzwischen sechsjährigen Mädchen trat das endogene Ekzem erstmals im Anschluß an die Trennung der Eltern auf, als das Kind drei Jahre alt war. Dabei, so erinnert Erika heute, sei weniger die Trennung vom Vater, als die Trennung von ihrem "geliebten Boxerhund" schlimm gewesen. Mit dem Hund bildete das Kind offenbar eine in ihrem Erleben untrennbare Einheit.
Die Mutter von Erika berichtet: "Ich mußte nur nach dem

Hund pfeifen, dann trottete Erika auch mit". In diesem Hund, so geht aus den Schilderungen hervor, schien das Kind ein Objekt zu besitzen, das ihm zur eigenen Bedürfnisbefriedigung unbeschränkt zur Verfügung stand. Sie konnte mit dem Hund ebenso zärtlich sein wie ihn schlagen und quälen: "Den kann man auch hauen, der beißt mich nicht". Der Hund unterlag ihrer Verfügbarkeit und Kontrolle, ohne als eigenständiges Objekt mit eigenen Bedürfnissen erlebt werden zu müssen.
Die Erziehung des Kindes wurde im Verlauf seiner weiteren Entwicklung auf viele verschiedene Bezugspersonen verteilt, die mehrmals am Tag wechselten. Kein Objekt stand dem Mädchen jeweils über längere Zeit hinweg konstant zur Verfügung.
Erika versucht ihre Bezugspersonen jeweils ganz für sich in Besitz zu nehmen. Deren Eigentum verlangt sie ohne Einschränkungen für sich selbst und kann es nicht ertragen, wenn andere ihr gegenüber Grenzen ziehen, ebenso wenig, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auch nur vorübergehend von ihr abwenden. Kleinste Versagungen beantwortet sie mit ungesteuerten Wutausbrüchen und Versuchen, den anderen und dessen Eigentum "ganz kaputtzumachen". Ihre Aufmerksamkeitsspannen und ihre Konzentrationsfähigkeit sind ebenso gering wie ihre Frustrationstoleranz. Neuen Dingen wendet sie sich jeweils "wie hungrig" sofort zu, um ebenso rasch das Interesse daran zu verlieren und resigniert-gelangweilt sich in sich zurückzuziehen.
In gleicher Weise ergeht es ihr auch mit realen Personen, die sie ebenso unmittelbar für sich in Beschlag zu nehmen versucht wie sie sich resigniert von ihnen zurückzieht, wenn diese sich nicht als total bedürfnisbefriedigend erweisen.

Offenbar im Sinne eines Kompensationsmechanismus möchte Erika einmal "kranken Tieren helfen", etwa als Tierärztin. Kranke Tiere, so meint sie, werden sie brauchen und ihr das Gefühl geben können, wertvoll zu sein.

PETRA (7 Jahre)

Bei der siebenjährigen Petra tritt das endogene Ekzem fast ausschließlich an Wochenenden, vor gemeinsamem Familienurlaub oder vor den Weihnachtsfeiertagen verstärkt auf. Immer dann, wenn Petras Verhalten in der Familie als besonders aggressiv imponiert, ist die Hautsymptomatik weitgehend in den Hintergrund getreten oder sogar ganz verschwunden.
In der Untersuchungssituation fällt Petra dadurch auf, daß ihre Aktivitäten sprunghaft wechseln. Sie greift nach einer Klebstoffflasche, erklärt sie für einige Sekunden zur Nuckelflasche, um sie gleich darauf wieder wegzulegen. Im nächsten Moment springt sie ihrer Mutter auf den Schoß, um sie ebenso schnell wieder zu verlassen. Sie greift nach Malsachen, aber wendet sich von ihrer Beschäftigung schon nach wenigen Augenblicken wieder ab.
Dabei fällt in Petras spielerischen Aktivitäten nicht nur der geringe Spannungsbogen auf, sondern auch, daß sie ihre Produkte nach konstruktivem Beginn immer wieder zerstört. So beginnt sie den Umriß eines Hauses zu zeichnen, um das Gemalte sofort wieder zu zerkritzeln und zu zerstreichen und das Papier anschließend zu zerreißen; sie beginnt ein Spiel, um es sofort wieder fallen zu lassen und durcheinander zu bringen.

Mit der Untersucherin möchte sie machen können, was sie will, ohne dafür auf unangenehme Folgen stoßen zu müssen. Sie möchte deren Notizen zerreißen, deren Kleider mit Filzstiften vollschmieren, über deren Besitz uneingeschränkt verfügen dürfen. "Ich möchte am liebsten mal mit was Schwarzem einen dicken Klecks an die Wand klatschen, ohne daß hinterher jemand darüber schimpft." In den Äußerungen des Kindes deutet sich ihre Beziehung zur Mutter an. So habe sie während eines Klinikaufenthaltes beim Abschied der Mutter sehr geweint. Dann habe die Mutter aber gesagt, das dürfe man nicht, und sie habe es deshalb gelassen. Gegenüber dem jüngeren Bruder, der ihr viel kaputt mache, möchte sie sich wehren, dürfe es aber nicht, da die Mutter das nicht wolle: "Klötze, aber nicht Dieter zertrampeln, ja, darauf rumtrampeln, oh doch Dieter, aber das darf man ja nicht. Am liebsten würde ich auf Dieter rumtrampeln, ihm ganz dolle wehtun... Vati schimpft und haut mir den Popo voll, wenn ich was kaputt mache oder mich gegen Dieter wehre."
Petra meint, sie möchte am liebsten ein Baby sein, das nicht groß wird, weil Großwerden heiße, daß man alles kaputt mache wie ihr jüngerer Bruder.

CLAUDIA (8 Jahre)

Immer, wenn die 8jährige Claudia während ihres stationären Klinikaufenthaltes Besuch von ihrer Mutter bekam, setzte bei ihr heftiger Juckreiz ein und sie mußte sich kratzen.
Claudia ist ein Mädchen, das fremden Menschen gegenüber manifest weder Furcht und Scheu noch Zurückhaltung zeigt. Es hat den Anschein, wie wenn sie versuche, jeden

anderen Menschen unterschiedslos für sich mit Beschlag zu belegen, wobei ihre Verhaltensweisen teilweise an die eines Kleinkindes erinnern: sie will sofort auf den Arm genommen, gestreichelt oder gedrückt werden; ebenso abrupt kann sie sich wieder abwenden und dem anderen dann keinerlei Beachtung und Bedeutung mehr zumessen.

Eine wichtige Schiene, um Anerkennung zu erlangen, ist für sie der Leistungsbereich. Nicht nur schulische Arbeiten, sondern auch ihre insgesamt phantasiearmen spielerischen Aktivitäten stehen für sie immer unter dem Gesichtspunkt von Leistung und Bewertung.
Ihre gefühlshafteren Äußerungen kann Claudia nur schwer kontrollieren. Bei geringsten Versagungen, wenn sie nicht sofort bekommt, was sie verlangt, kann sie in langanhaltendes, vehementes Schreien und wütendes Toben verfallen.
Während sie im schulischen Leistungsbereich als intelligentes Mädchen gilt, weist sie in anderen sozialen Bereichen deutliche Entwicklungsrückstände auf, die teilweise den Charakter regressiven Protests haben: sie will sich nicht alleine anziehen, ihre Schuhe nicht alleine zubinden oder nicht alleine essen. Ihre sprachlichen Fähigkeiten liegen unter dem Altersdurchschnitt, und ihre Äußerungen sind manchmal durchsetzt von Elementen einer "Babysprache". In manchen Phasen verhält sich Claudia regrediert wie ein Kleinkind. Diesem Verhalten stehen "besonders vernünftig" erscheinende Verhaltensweisen gegenüber.
Claudia weiß sich kaum alleine zu beschäftigen. Ihre "schöpferischen" Möglichkeiten sind gering. Auch ihre Wunschwelt erscheint wenig ausgeprägt. Ihr manchmal unterkontrolliertes und wenig gesteuertes, affektbestimmtes Verhalten kann für sie auch mit Gewinn verbunden sein: indem sich ihre Umgebung über sie erregt,

erlangt sie wenigstens deren Aufmerksamkeit. Nachdem sie in der Klinik mehrere Nächte hindurch geschrien hatte, wurde sie morgens nicht geweckt. Daraufhin meinte sie: "Ich darf schlafen, die anderen müssen aufstehen."

WOLFGANG (9 Jahre)

Der 9jährige Wolfgang ist ein ruhiges und gleichbleibend freundlich und gleichmütig erscheinendes Kind. Seine Kontakte beschränken sich auf den Kreis der Familie, in dem er still und wie unauffällig lebt. In dieser als "freundliche Zugewandtheit" erscheinenden Haltung gibt es kaum je Veränderungen. Wolfgang nimmt jedoch kaum Beziehungen zu seiner Umgebung auf. Auch im unmittelbaren Kontakt scheint ihm der Bezug zu seinem Gegenüber allmählich verloren zu gehen; während er anfangs noch zum anderen zu sprechen scheint, wendet er sich allmählich mehr und mehr ab, nimmt keinen Blickkontakt mehr auf, erzählt seine Geschichten nur mehr vor sich hin, die zunehmend als Ausdruck einer eigenen Welt in Erscheinung treten und die mit der Welt, in der der Junge sich bewegt, nicht in Zusammenhang zu stehen scheinen. Aber Wolfgang erzählt dann von Begebenheiten und Personen so, als wisse sein Gegenüber ohnehin darüber Bescheid. Wirklichkeit und Phantasien sind in seinen Erzählungen schwer zu unterscheiden. Die Logik zeitlicher Abläufe, das Vorher und Nachher, erscheint in ihnen aufgehoben.
Der Junge beschränkt seinen Aktivitätsradius auf Situationen, die ihm durchweg bekannt sind und in denen unvorhersehbare Ereignisse nicht auftreten können. Insbesondere vermeidet er ängstlich alle die Situatio-

nen, in denen er in Wettbewerbe, kämpferische Auseinandersetzungen oder spielerische Angriffe verwickelt werden könnte. Auch Begegnungen mit Gleichaltrigen geht er aus dem Weg. Er fühlt sich den anderen Kindern in seinem Alter nicht gewachsen und meint, ihren möglichen Attacken wehrlos ausgeliefert zu sein. Seine zahlreichen Vermeidungen begründet er mit besonders "vernünftigen" Erklärungen: Fußball spielt er nicht, weil der Ball seinem Fuß oder Kopf wehtun könne, außerdem müsse er ja auch auf seine Haut achten. Im spielerischen Vergleich mit gleichaltrigen Jungen in der Klinik unterlegen, meint er, er habe ja auch auf die Putzfrau Rücksicht nehmen müssen.
Die Vorstellung, er könne sich unsichtbar machen, sich verstecken oder sich in Situationen von Gefahr so unbemerkt davonstehlen, daß sein Gegenüber ihn unmöglich mehr sehen könne, so daß der andere glaube, es gäbe ihn nicht mehr, vermittelt ihm alleine das Gefühl von Sicherheit.

JUTTA (9 Jahre)

Die 9jährige Jutta ist ein für ihr Alter recht großes und kräftiges Mädchen. Schon bei der Erstbegegnung scheint sie der ihr fremden Untersuchungssituation mit großem Zutrauen entgegenzukommen. Aber ihr auf den ersten Blick als Zutraulichkeit imponierendes Verhalten erweist sich rasch als Folge eines Mangels an Schutzmöglichkeiten. Ihre "Zutraulichkeit" ist unterschiedslos. Sie kann gleichsam nicht genügend Abstand zu ihr fremden Situationen und ihr fremden Menschen halten.

Eine wirkliche Beziehungsaufnahme zu dem Mädchen gestaltet sich schwierig. Jutta spricht ihr Gegenüber nicht an. Ihr verbaler Ausdruck erscheint ungerichtet und objektlos, als spreche sie nur vor sich hin, ohne dem anderen eigentlich etwas mitteilen zu wollen.

Gegenüber dem anfänglichen Eindruck von "Angstlosigkeit" zeigt sich Jutta im weiteren als ein ausgesprochen ängstliches Kind. In der Schule fällt sie auf, weil sie sich am Unterricht nicht beteiligt, meistens schweigt oder wenn sie dort angesprochen wird, sich häufig unter dem Tisch versteckt. In den Gruppen der Gleichaltrigen wird sie zunehmend abgelehnt, weil sie durchweg wütend darauf besteht, immer und in allem die Erste zu sein. Gelingt ihr das nicht, reagiert sie gekränkt und zieht sich in sich zurück.
Jutta fürchtet sich vor vielen Geschichten, die sie im Fernsehen sieht. Sie wagt nicht, sich von ihrer Mutter weiter zu entfernen. Sie fürchtet, schwimmen zu lernen oder im Winter Schlitten und Ski zu fahren. Alle diejenigen spielerischen Aktivitäten vermeidet sie strikt, bei denen sie sich nicht an klaren Regeln und Hinweisen der sie beaufsichtigenden Mutter orientieren kann. Selbst zu ihrer materiellen Umgebung nimmt Jutta wenig Kontakt auf. Ihr angebotenes Spielzeug betrachtet sie, nimmt es kurz auf, um es sogleich wieder beiseite zu legen. Besondere Vorlieben für irgendwelche Spielmaterialien sind nicht erkennbar.

Am liebsten, so drückt sie es aus, möchte sie Baby sein. Sie möchte sich total versorgen lassen und - so stellt sie es in Rollenspielen mit ihrer Mutter dar - deren total verfügbares Objekt sein, das unter völliger Kontrolle der Mutter steht, dafür aber mit deren ungeteilter und ununterbrochener Aufmerksamkeit rechnen kann.

Alle Leistungserwartungen werden von Jutta teilweise mit ungesteuerten Wutausbrüchen verweigert.
In der testpsychologischen Untersuchung stellt sich dar, daß sich das Mädchen in einer Welt erlebt, die durchweg gefährlich ist und zu der man kein Zutrauen haben kann. In dieser Welt gibt es keine verläßlichen Objekte, keinen Schutz vor Gefahren und keine Möglichkeiten, sich auf einen anderen Menschen verlassen zu können.

SIGRID (10 Jahre)

Das 10jährige Mädchen verhält sich im Kreis ihrer Familie weitgehend passiv. Dort ist ihr, wie sie sagt, "alles egal". Was mit ihr geschieht, scheint sie weitgehend willenlos über sich ergehen zu lassen.
Aber auch außerhalb der Familie nimmt Sigrid eher hin, was auf sie zukommt, ohne selbst von sich aus dazu Stellung zu beziehen. Kontakt- und Spielangeboten ihrer Spielkameraden schließt sie sich zwar manchmal an, macht mit, ohne aber selbst zum Ausdruck geben zu können, ob sie eigentlich mag oder nicht mag. Insgesamt hat sie wenig Kontakte und sucht von sich aus keine Beziehungen zu Gleichaltrigen.
Alles, was sie über ihre Eltern, ihre Schwester oder über andere gleichaltrige Kinder zum Ausdruck geben kann, beschränkt sich auf ein lakonisches "die sind, wie sie sind". Alles ist eben so, wie sie es immer schon vorfindet.
Auch über sich selbst teilt sie wenig mit, weder verbal noch in spielerischen Aktivitäten, zu denen sie sich ohnehin wenig hingezogen fühlt. Sigrid bewegt sich nur ungerne, sie bleibt lieber dort, wo sie eben

gewesen ist. Allem Neuen weicht sie aus. Es scheint, wie wenn sie sich ein "dickes Fell" zugelegt hätte, um es auszuhalten, wenn sich ihre Umwelt im weitesten Sinne auf sie zu bewegt. Spiele und spielerische Aktivitäten, bei denen mit Neuem und Unvorhergesehenem zu rechnen wäre und die nicht klaren und eindeutigen Regeln folgen, entzieht sie sich. Alle Äußerungen aggressiver Triebabkömmlinge erscheinen bei ihr wie ausgelöscht.

Sigrid scheint ganz abhängig zu sein von der Zustimmung von anderen. Entfällt deren aufmerksame Zuwendung, scheint sie sich innerlich völlig in sich zurückzuziehen. Eine wichtige Schiene für die Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühls ist der schulische Leistungsbereich, in dem vor allen Dingen von seiten des Vaters gute Leistungen gefordert werden. So ist sie überall dort eine relativ gute Schülerin, wo Aufgaben und Erwartungen eindeutig vorgegeben sind, nach denen sie sich ausrichten kann. In anderen Fächern jedoch, in denen eigengestalterische Aktivitäten gefordert werden, fallen ihre Leistungen deutlich ab.

Die Vorstellungs- und Phantasiewelt des Mädchens kommt nach außen hin wenig zum Ausdruck. Auch die Eltern von Sigrid wissen über phantasiebestimmte Aktivitäten ihrer Tochter wenig zu berichten. Dennoch ist diese innere Vorstellungs- und Phantasiewelt bei Sigrid durchaus ausgeprägt. Geschichten, die sie im Testverfahren zu vorgelegten Bildtafeln erfindet, drücken ein teilweise erhebliches Maß an archaischer Destruktivität aus. So berichtet sie u. a. folgende Geschichte (CAT Bildtafel 7): "Ganz tief im Wald, da ist ein Tiger, der war hungrig, der jagt jedes Lebewesen, das ihm in die Quere kommt. Es kommt ein Affe, da zerfleischt der Tiger den Affen. Überall spritzt das Blut umher.

Die Menschen, die da leben, wollte der Tiger auch immer vernichten. Da haben die Menschen ein kleines krankes Kaninchen als Falle genommen, es hat gezappelt. Er hat das gerochen. Da wurde er in der Falle gefangen. Dann haben die Menschen den Tiger gezähmt. Das Futter war dem Tiger aber nicht genug, da hat er die ganzen Menschen zerfleischt. Dann wurde er von einem großen Elefanten zertrampelt."

REINHARD (10 Jahre)

Der 10jährige Reinhard lebt in großer Abhängigkeit von seiner Mutter. Er fürchtet ihre Abwesenheit, weil "dann was ganz Schlimmes" geschehen könne. Sollte seine Mutter einmal sterben, so phantasiert er, möchte auch er im Grab liegen bei ihr, um für immer mit ihr zusammen sein zu können.
Seine Umwelt erlebt er als bedrohlich und zerstörerisch. Seine ängstlichen Vermeidungen beziehen sich auch auf eigene Gedanken, von denen er in magischer Weise fürchtet, sie könnten eben die befürchteten Ereignisse hervorrufen, die er vermeiden muß.
Wird Reinhard im unmittelbaren Kontakt direkt angesprochen, erscheint er ängstlich und unsicher. Ist seine Mutter dabei anwesend, fordert er sie auf, für ihn zu antworten, wenn Fragen an ihn gestellt werden, um die Mutter jedoch sogleich zu korrigieren, wenn sie es dann tatsächlich für ihn getan hat. Auf diesem Wege scheint er jeweils seine Unabhängigkeits- und Eigenständigkeitsbemühungen wiederherzustellen, nachdem er zu eigenständigen Schritten im Antworten gerade nicht in der Lage war.
In Gegenwart der Mutter kommt es bei Reinhard häufig zu ungesteuerten, impulsbestimmten Verhaltensweisen.

Er schreit ohne erkennbaren Anlaß laut los, rennt immer wieder unruhig und wild im Raum umher, attackiert seine Mutter physisch, um sich im nächsten Moment ganz abzuwenden und wenig später mit kleinkindhaften Lauten ihr auf den Schoß zu kriechen.
Reinhard hat große Schwierigkeiten, sich auch nur über kurze Zeiträume hinweg zu konzentrieren. Seine Aufmerksamkeitszuwendung auf umschriebene Situationen oder Objekte hält jeweils nur wenige Minuten an. Seine Kränkungs- und Enttäuschungstoleranz sind gering. Innere Spannungen und Unlustaffekte werden von ihm in teilweise unkoordinierter motorischer Aktivität abgeführt. Während ihn ängstigender Abwesenheiten der Mutter erscheint seine Impuls- und Affektkontrolle außerordentlich strikt. Dann wirkt Reinhard wie ein kleiner Erwachsener, der besonders vernünftig ist. Solche Situationen sind manchmal von Größenphantasien begleitet, die Reinhard dann nicht immer sicher von seiner Wirklichkeit unterscheiden kann.

SONJA (10 Jahre)

Sowohl in der Untersuchungssituation wie auch auf der Station während eines Kliniksaufenthaltes, der bei Sonja wegen einer akuten Exazerbation des endogenen Ekzems notwendig geworden war, verhielt sich das 10jährige Mädchen ausgesprochen unauffällig, "brav" und in jeder Hinsicht angepaßt. Kaum je scheinen Sonjas Verhaltensweisen von gefühlsbestimmtem Charakter zu sein; Stimmungsschwankungen sind ihr nicht anzumerken. Was um sie herum geschieht, scheint das Mädchen hinzunehmen und unter dem Schutz von Gleichgültigkeit über sich ergehen zu lassen.

Ihre Berichte geben Fakten wieder; von sich selbst teilt sie nichts mit. Den im projektiven Testverfahren angebotenen Bildtafeln gegenüber gibt sie wieder, was zu sehen ist, schildert die dargestellten Gegenstände oder Tiere, vergleicht sie hinsichtlich Größe oder räumlicher Anordnung, gibt deren Anzahl an, aber das, was sie dort sieht, scheint in punktueller Vereinzelung ohne innere Verbindung von ihr gesehen zu werden; zu den Bildern fällt ihr nichts ein; was sie sieht, wird nicht in Handlungen untereinander verbunden. Von einer konturierten Wunschwelt tritt bei Sonja nichts zutage.
Auch außerhalb der Testsituation erscheinen Sonjas Mitteilungen starr und sich auf Wiederholung des tatsächlich Vorfindlichen zu beschränken. Wünsche des Mädchens, die eher zu erahnen sind, als daß sie von ihr deutlich zum Ausdruck gebracht würden, weisen darauf hin, daß sie sich in der Umgebung, in der sie sich gerade aufhält, meist unwohl fühlt, sich entfernen oder fliehen möchte. Ihr Unbehagen ist diffus.
Vielleicht, so meint Sonja, möchte sie ein Pferd besitzen, irgendwo auf dem Land, mit dessen Hilfe sie sich grenzenlos bewegen kann.
Ihre "auffällige Unauffälligkeit" versucht sie zu einer Stärke für sich zu wenden. Sie ist in der Schule weder gut noch schlecht; sie möchte auch überall gleich sein und überall gleich "mittel", sie mache auch alles gleich gerne. Anders als ihr Bruder, den sie als einen Jungen erlebt, der sich nicht richtig durchsetzen könne, sei das bei ihr anders: sie könne sich durchsetzen, indem sie "ganz normal" sei und sich so verhalte, daß sie mache, was die anderen von ihr erwarten.

Der Ausdruck von Kritik, Unzufriedenheit, Schmerz, Kummer oder Trauer sind ihr fremd; auch ihre Eltern kennen das bei ihrer Tochter nicht. Schönes und Angenehmes ist entweder vergangen oder könnte vielleicht in einer vagen Zukunft liegen. In der Gegenwart erscheint Sonja alles "normal gleich".

PETER (11 Jahre)

Der 11jährige Junge schildert drei Zustände, in Zusammenhang mit denen sich sein Ekzem verstärke: wenn er "nervös" sei, wenn er traurig sei und wenn er schwitze. Zu "Nervosität" und Traurigkeit komme es bei ihm vor allem in Leistungssituationen in der Schule, beispielsweise vor Klassenarbeiten. Traurig werde er, wenn er solche Leistungsanforderungen nicht gut bewältigt habe. Was Peter selbst "Traurigkeit" nennt, scheinen jeweils Zustände von Bedrückung, Niedergeschlagenheit und Gefühle von Wertlosigkeit zu sein. Dagegen taucht Traurigkeit als affektiver Ausdruck in Zusammenhang mit Trennungen von geliebten Objekten bei ihm nicht auf. Im Gegenteil scheint Peter Trennungen "übervernünftig" wie in Identifikation mit einem an seine Vernunft appellierenden Objekt ohne affektive Bewegung hinzunehmen.
Insgesamt wirkt Peters Gefühlswelt stark eingeschränkt. Spricht Peter über sich selbst, scheint er sich wie mit den Augen eines überstrengen Beurteilers zu sehen, dessen Aufmerksamkeit die jeweilige innere Befindlichkeit des Kindes entgeht. So schildert sich Peter als "frech", wobei er "frech" sei, wenn er etwa einer Frau sagen möchte: "Du alte Tante, du"; Gefühle wie Ärger, Unzufriedenheit, oder Wut, die zu solchem verbalen Aus-

druck korrespondieren könnten, vermag der Junge jedoch nicht bei sich wahrzunehmen.
Während der Junge sich in seiner Familie äußerlich unauffällig eingefügt hat, kommt es mit Lehrern und Mitschülern gelegentlich zu Reibereien. Streitigkeiten dort dienen ihm jedoch mehr als Versuch, Aufmerksamkeit und Kontakt zu gewinnen, als daß sie Ausdruck des Versuches auf Objekte gerichteter Abgrenzungen wären. Resigniert meint er: "Die sind ja sowieso sauer auf mich."
Erst nachdem schon ein längerer Kontakt zu Peter hergestellt ist, gibt er in Zusammenhang mit den Bildtafeln im projektiven Testverfahren ausladende Phantasien zu erkennen, nachdem er die Teilnahme an dieser Untersuchung anfangs verweigert hatte. Jetzt erfindet er lange Geschichten, die sich aber jeweils rasch von der Bildvorlage ablösen und keinen konkreten Bezug mehr dazu aufweisen. Zunehmend entsteht der Eindruck, daß es für den 11jährigen Jungen eine abgeschlossene Phantasiewelt gibt, die er von seiner alltäglichen Realität hermetisch abriegelt und die ohne Einfluß auf sein Verhalten bleibt. In einer dieser Phantasien gibt er zu erkennen, daß er einmal als Matrose zur See fahren möchte; auf diesem Wege hofft er, "freie Luft" zu finden und sich immer und jederzeit unbegrenzt bewegen zu können.

KURT (12 Jahre)

Der Junge macht den Eindruck, als lebe er wie ein Teil der Mutter, ganz auf deren häufige Arbeitsüberlastung, deren Krankheiten und deren meist depressive Unzufriedenheit eingestellt. Von sich selbst meint er, er sei

gleichmäßig mit allem zufrieden, gleichförmig an allem interessiert und in der Schule unterschiedslos angetan von allen Fächern.
Die Schilderungen des 12jährigen Jungen erscheinen flach, vage und unbestimmt: zu Hause ist alles schön; alle Menschen in seiner Umgebung mag er gleich gern; auch daß er sein Kaninchen wegen seiner Hauterkrankung nicht berühren darf, scheint er gleichmütig hinzunehmen. Eine eigene Gefühlswelt tritt bei dem Jungen vorerst nicht zutage; auch Angst scheint er nicht zu kennen. Kurt äußert keine eigenen Urteile; für ihn scheint es kein "gut" oder "böse", kein "schön" oder "häßlich", kein "mag ich" oder "mag ich nicht" zu geben.
Aufgrund der Beobachtungen in der Untersuchungssituation wie der Schilderungen seiner Eltern, scheint er sich jeweils wie dessen Komplement auf seine jeweilige Bezugsperson ganz einzustellen.
Aber in seinen Träumen, die er nach längerem Kontakt zu erkennen gibt, deutet sich an, daß er Angst hat; wiederholt träumt er, daß er im Krieg von Feinden erschossen wird. Spontane Ideen, Phantasien oder Tagträumereien kennt Kurt jedoch nicht. Manchmal identifiziert er sich mit einem Fußballstar, den er im Fernsehen gesehen hat.

Manifest entwickelt sich der Junge zunehmend auf der Linie altruistischer Abtretung. Sein primärer Wunsch gilt einem langen Leben für die Eltern und Verwandten; Geld würde er armen Leuten schenken und Verpflegung für sie kaufen; einen anderen Teil des Geldes bekämen sein Bruder, die Eltern und Verwandte; sollte er noch einen Rest übrig behalten, würde er ihn den Behinderten spenden. Über die Rolle des selbst bedürfnislosen Helfers von Bedürftigen vermag Kurt sich offenbar noch am ehesten wertvoll zu fühlen.

KLAUS (13 Jahre)

Bei dem 13jährigen Jungen fällt auf, daß er mit anderen jeweils gleich ist, mit ihnen übereinstimmt, so wie sie ist; diese Übereinstimmungen stellt er per projektiver Identifikation her. Besonderheiten und unterscheidende Eigenheiten seiner realen Objekte nimmt er kaum wahr. Konflikthaft erlebt er jedoch die auf andere projizierte, häufig mörderische Feindseligkeit. Seinen primären Objekten gegenüber verleugnet er deren Aggressivität. Gelingt das nicht, versucht Klaus, sich ihnen bis zur Unidentifizierbarkeit der eigenen Person wie gefügig anzugleichen.
Auch aus der außerfamiliären Außenwelt herrührende, aus Aggressivität resultierende Gefahren werden von ihm entweder völlig verleugnet, oder aber er verhält sich "reibungslos", scheint jegliche eigenen Konturen, Urteile und Identitätsmerkmale aufzugeben, um niemandem "Reibungsflächen" zu bieten. Vor Differenzen zwischen den Eltern hat er große Angst.
Seine innere Erlebnis- und Gefühlswelt erscheint blande und blaß. Klaus' Verhalten ist von starker innerer Kontrolle und Orientierung an äußeren Regeln geprägt. Fehlen solche äußeren Regeln, fühlt er sich außerordentlich unsicher. Spiel- und Phantasieangebote, die nicht nach überschaubaren Regeln verlaufen, weist er mit Clownerien von sich oder macht sich über diese Angebote lustig.
In der Schule verspürt er wenig Neigung zu Fächern, in denen eigene Stellungnahmen oder auch nur persönlicherer sprachlicher Ausdruck von ihm erwartet werden. Dagegen fühlt er sich in naturwissenschaftlichen Fächern wohl und erzielt dort auch relativ gute Leistungen. Sein Wunsch ist, Tiermediziner in der Forschung zu werden,

Tiere zu untersuchen und mit dem Mikroskop zu analysieren. Seine Forschungsergebnisse will er dann eines Tages aus der Tierwelt auf Menschen übertragen. Dieser Weg erscheint ihm offenbar als Möglichkeit, einen ihm sonst verschlossenen Zugang zu den Menschen zu finden, die ihm damit vertrauter werden können.

RENATE (14 Jahre)

Die 14jährige Renate hinterläßt einen ausgesprochen blassen und farblosen Eindruck. Ihre Körperhaltung ist schlaff, ihre Mimik ausdrucksarm.
Außerhalb ihrer Familie hat das Mädchen wenig Kontakte. Insbesondere ist es ihr nicht möglich, die Initiative zur Aufnahme von Beziehungen selbst aufzubringen.
Sie neigt zu ausgeprägter Passivität und erlebt sich selbst in einer Umwelt, auf die sie so gut wie keinen Einfluß zu nehmen vermag. Ihre Gefühlswelt ist von dem Erleben grauer, hoffnungsloser Eintönigkeit geprägt, von Resignation und Apathie. Auftauchende Impulse, die nur diffus wahrgenommen werden können, führen bei Renate zu "Nervosität", die, wie sie meint, verstärkten Juckreiz bewirke; manchmal wird solche "Nervosität" von dem Drang beantwortet, sich wie zwanghaft Essen zuzuführen.
Während Renates dranghaftes Eßverhalten bisweilen schon suchtartigen Charakter hat, wertet sie andere Ersatzbefriedigungen moralisch ab; so begründet sie ihren Mangel an Kontakten zu Gleichaltrigen damit, daß diese rauchen und trinken und deshalb kein adäquater Umgang für sie seien.
Ihren eigenen Aussagen zufolge beunruhige sie alles Neue und mache sie nervös, was wiederum die ekzematischen

Hautveränderungen verstärke.
Das Selbstwertgefühl des 14jährigen Mädchens wird von ihren familiären Bezugspersonen, ihren Eltern und Geschwistern, gesteuert. Aber auch innerhalb der Familie hat Renate ihre Hoffnungen auf jene Zuwendung, die sie insgeheim erhofft, weitgehend eingeschränkt. In der Familie ordnet sie sich "wie ein Rad im Getriebe" reibungslos unter. Weder ihre Eltern noch ihre Geschwister kann Renate genauer beschreiben; kritische Urteile fehlen. Kommt es von seiten ihrer Eltern oder Geschwister zu Reaktionen, die Renate als Nicht-Einverstanden-Sein oder Kritik an ihrer Person erlebt, fühlt sie sich völlig resigniert und "möchte dann manchmal nicht mehr leben".

ELISABETH (15 Jahre)

Bei der 15jährigen Elisabeth kommt es immer dann zu verstärktem Juckreiz, in der Folge zu Kratzen und Exazerbationen des endogenen Ekzems, wenn sie "nervös" wird. Mit "Nervosität" meint Elisabeth diffuse Spannungs- und Unlustzustände, die sie nicht genauer qualifizieren kann. Die Wahrnehmung ihrer inneren Befindlichkeit beschränkt sich auf die beiden Zustände von "Nervös-Sein" und "Nicht-Nervös-Sein". Darüber hinaus vermag sie Gefühle, Impulse, Wünsche oder Bedürfnisse nicht genauer wahrzunehmen. Ihr Kratzen in Zuständen von "Nervosität" erlebt sie, als würde sie "Druck ablassen", als Möglichkeit, einen diffus wahrgenommenen inneren Spannungszustand zu reduzieren.
Andere Menschen in ihrer Umgebung haben im Erleben von Elisabeth keine deutlichen Konturen. Sie sind "irgendwie gleich" oder "irgendwie anders". Elisabeth hat kaum Kontakte, keine Freunde, erlebt jedoch, daß sie "mit

allen gleich gut" auskomme. Andere, die "irgendwie gleich" sind, erscheinen wie ein Teil ihrer selbst, fast wie sie selbst; "irgendwie andere" erlebt sie, "als wären die gar nicht richtig da". Deutlichere Wahrnehmungen von anderen Objekten oder deren kritischere Einschätzungen kommen bei ihr nicht vor.

Elisabeth macht den Eindruck eines Menschen, der resigniert "vor sich hin brütet", beziehungslos und wie apathisch. Kaum etwas vermag ihr Interesse zu wecken. Ihre Kompetenz und Aktivität sind sehr gering.
Sie schweige meistens, so meint sie, weil sie doch nichts sagen könne. Der Vater solle sagen, wie es wirklich sei. Sie selbst habe immer Angst, daß sie etwas erzähle, was gar nicht wirklich so sei. Elisabeths sprachliche Mitteilungen sind teilweise unverständlich, weil von breiten Weglassungen unterbrochen. Vorstellungsinhalte stehen teilweise isoliert und unverbunden nebeneinander.
Sie müsse, so bringt Elisabeth zum Ausdruck, immer ein Konzept haben und einen Plan aufstellen, sonst könne sie nichts machen. Bevor sie etwas sage, müsse sie erst alles ganz genau wissen, sonst müsse sie schweigen.
Ihren Lebensraum hat das 15jährige Mädchen inzwischen weitgehend auf ihr eigenes Zimmer zu Hause eingeschränkt. Gelegentlich kommt es bei ihr zu flüchtigen Depersonalisationserlebnissen. "Ich kann nicht sagen, was ich erlebe, weil ich es nicht wie mein Leben erlebt habe, sondern wie das von jemand anders".

Auf der einen Seite kommt es dem Mädchen vor, als wenn es gleichsam nur als Ausführungsorgan der Pläne von anderen leben kann. Aber ihr schweigendes Nicht-Können hat auch den Charakter dumpfen Protestes, mit

dem sie sich von anderen abzugrenzen und ihre eigene Welt zu bewahren vermag. Wenn der Vater tut, was sie von ihm erwartet und sagt, "wie es wirklich ist", vermag sie ihm zu widersprechen und zum Ausdruck zu bringen, daß "es nicht wirklich so ist", wie der Vater gemeint hat, ohne aber sich selbst mit eigenen Meinungen und Urteilen erkennen geben zu können.

BERND (15 Jahre)

Bernd ist ein fast 16jähriger Schüler. Er ist stark übergewichtig. Wie er selbst meint, ißt er, "wenn es Ärger gibt".
Im Erstkontakt stellt sich Bernd wie ein jovialer, weltmännischer "Kumpel" dar, für den es keinerlei Schwierigkeiten gibt und der eventuell auftauchende Belastungen oder Probleme gleichsam mit der linken Hand zu lösen gewohnt ist.
Außerhalb seiner Familie hat sich Bernd von sämtlichen sozialen Beziehungen nahezu völlig zurückgezogen. Er sitzt meist zu Hause herum, döst dort viel vor sich hin, manchmal bastelt er. Sein Lebensgefühl ist, so gibt er allmählich zu erkennen, von einem diffusen Unbehagen bestimmt, das ihm jedoch nicht genauer faßbar ist. Auch seine eigene Gefühlswelt scheint ihm wie unter den Fingern zu zerrinnen.
Andere Menschen sind dem Jungen weitgehend fremd. Er vermag wenig über die Objekte seiner Umgebung zu sagen und kann sie nur in wenigen, groben und unübersehbaren Verhaltensweisen zur Kenntnis nehmen. Außer gelegentlichen Basteleien zu Hause hat Bernd keine Freizeitinteressen.

In seinen "Dösephantasien" lebt der Junge in einer kriegerischen Welt. Dort ist er General oder Feldherr, der riesige Armeen mit Wunderwaffen bewegt. Er ist unverwundbar und dick gepanzert. Von ihm gesteuerte kriegerische Explosionen dienen der Herstellung von Frieden. Auch bei seinen gelegentlichen Basteleien ist er mit der Herstellung von Kriegsspielzeug beschäftigt.
Macht Bernds joviales Verhalten bei seinem Gegenüber keinen Eindruck, wandelt sich sein Verhaltensausdruck. Jetzt ist er eher gefügig, wobei alle aggressiven Äußerungen in seinem Verhaltensrepertoire zu fehlen scheinen.
Gelegentlich treten bei ihm vorübergehende Derealisationserlebnisse auf.
Bernd lebt in starker Abhängigkeit von seiner Mutter und kann sich von ihr nicht lösen, weil er ebenso wie die Mutter die Umwelt als außerordentlich gefährlich erlebt, in der man nur bestehen könnte, wenn man gleichsam auf der ganzen Linie unangreifbar wäre.

vorrufen, die manchmal den Charakter panikartiger Flucht- und Angriffsbewegungen haben können.

Auch die Beeinträchtigung der "oszillierenden Funktion des Ich" zeigt sich bereits bei den ekzemkranken Kindern. Die regressiven Bewegungen des Ich verlaufen bei ihnen einerseits sehr weitgehend, gleichsam total; auf der anderen Seite erscheinen sie phantasiearm an faktisch Vorfindliches in der äußeren Realität fixiert. Viele dieser Kinder haben im Vergleich zu Gleichaltrigen wenig Neigung zum Spielen. Kaum je können sie sich als Zentrum von Aktivitäten erleben, mit denen sie ihre Umwelt ihren eigenen Wünschen und Neigungen gemäß gestalten und beeinflussen könnten. Die Welt, in der sie leben, erleben sie nicht als machbar und gemacht, sondern wie eine dinghafte Welt, deren Gesetzmäßigkeiten sie sich nur noch einfügen können.
Anders als bei den ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter tritt in der Gruppe der ekzemkranken Kinder jedoch deutlich zutage, daß Phantasieproduktionen ihnen durchaus nicht fremd sind. Allerdings werden diese Phantasieproduktionen nach außen hin sorgsam abgeschirmt. Sie verdecken ihren innerseelischen Erlebnis- und Phantasieraum vor ihrer Umwelt, wie wenn dieser Bereich dem Zugriff anderer entzogen bleiben sollte. Erst nach längerem vertrauensvollen Kontakt geben sie diese innere Erlebniswelt preis, auf die im folgenden besonders hingewiesen werden soll.

3. Träume und Phantasien ekzemkranker Kinder

Fragt man ekzemkranke Patienten im Erwachsenenalter nach Träumen, Tagträumen oder anderen Phantasieproduktionen, werden solche Fragen häufig verständnislos zurückgewiesen. Auch Geschichten, die diese Patienten zu ihnen vorgelegten Bildtafeln im projektiven Testverfahren (TAT) erfinden, erscheinen insgesamt phantasiearm, stereotyp, ereignislos, blaß, undynamisch und unter inhaltlichen Gesichtspunkten unergiebig. Dabei finden sich keine Hinweise darauf, daß lediglich umschriebene Wunschbereiche aus der inneren Wahrnehmung ausgeschaltet und dem bewußten Erleben unzugänglich bleiben würden. Phantasierte Wunscherfüllungen wie in Tagträumen oder Traumproduktionen sind dem Erleben dieser Patienten häufig dermaßen fremd, daß angenommen werden muß, daß sie insgesamt einer strikten Zensur unterliegen.
Die Frage, ob phantasierte Wunscherfüllungen auch bereits bei ekzemkranken Patienten im Kindesalter eher selten vorkommen, sollte ursprünglich kein Gegenstand dieser Untersuchung sein; ebenso wenig war geplant, die von den Kindern berichteten Geschichten auf ihnen vorgelegte Bildtafeln im projektiven Testverfahren (CAT) nach inhaltlichen Gesichtspunkten auszuwerten. Im Verlaufe der Untersuchung der ekzemkranken Kinder wurden diese Gegenstandsbereiche jedoch genauerer Betrachtung unterzogen, nachdem sie sich dem Blick des Untersuchers förmlich aufzudrängen schienen. Je größer die Anzahl der ekzemkranken Kinder wurde, zu denen eine intensivere Beziehung aufgenommen werden konnte, desto deutlicher trat zutage, welch große Bedeutung im Erleben dieser Kinder mehr oder weniger archaische, destruktive Triebimpulse haben, die überwiegend auf

die Umwelt projiziert werden und die die eigene Person bisweilen extrem zu bedrohen scheinen. Die Welt, in der die Kinder leben, erscheint ihnen wenig vertrauenerweckend, wenig annehmend und einladend. Sie wird im Gegenteil als hart, kalt, abweisend, unverläßlich und ausgesprochen gefährlich, bisweilen sogar lebensgefährlich erlebt. Dabei stellt diese Art des Erlebens innerhalb der kleinen Gruppe der hier untersuchten 15 ekzemkranken Kinder keine Ausnahme dar, sondern zeigt sich - wenn auch in unterschiedlichen und offenbar altersabhängigen Verarbeitungsformen - ohne Ausnahme bei allen Kindern.

Die 10jährige Sonja berichtet u. a. folgenden Traum:

> "Da war ich bei L. Da haben mir welche aus der Klasse mit einer Glasscheibe in den Oberschenkel gestochen. Da kam Blut. Dann bin ich vom Haus gesprungen und war nicht tot..."

Claudia, 8 Jahre alt, berichtet:

> "Ich träume oft von Spritzen, dann wache ich auf und schreie. Dann sehe ich schon die Spritze ankommen..."

Der 11jährige Peter, der panische Angst vor Streitereien oder Auseinandersetzungen zwischen seinen Eltern hat, schildert den nachfolgenden Traum:

> "Wir sind mit einer Schwester und ein paar Kindern Laterne im Wald gegangen. Der Weg war eingemauert, damit die Wölfe nicht zu uns konnten. Dann sind die Gitter hochgezogen worden, die Wölfe kamen und fraßen alle Kinder und die Schwester, bloß ich bin entkommen."

Später berichtet der gleiche Junge einen weiteren Traum:

> "Ich habe geträumt, daß mein Freund mich erwürgt und in den Fluß geschmissen hätte."

Wolfgang, 9 Jahre alt, schildert den folgenden Traum:

"Ich hab' einen alten Wagen mit Pedalen, der kaputt ist. Da sause ich den Berg runter und habe Rot überfahren..."

Der 12jährige Kurt träumt wiederholt:

"Daß mich im Krieg Feinde erschossen haben."

Als Traum berichtet die 7jährige Petra:

"Ich habe von dem Hund Coco geträumt, den wir getötet haben."

Als weiteren Traum berichtet das gleiche Mädchen:

"Vater hatte sich ein Bein gebrochen. In dem Traum hatte ich große Angst, weil ich ihn mehr lieb hab' als meine Mutter."

Gudrun, 6 Jahre alt, berichtet u. a. den Traum, daß sie von einem Löwen gefressen wird:

"Mich frißt ein Löwe auf. Das war nicht schön, da habe ich Angst gehabt."

Bei einer eingehenden psychotherapeutischen und testpsychologischen Diagnostik der 9jährigen Jutta - das Mädchen befindet sich inzwischen in psychotherapeutischer Behandlung - zeigte sich, daß das Kind eine Welt erlebt, die durch und durch gefährlich ist und zu der man kein Zutrauen haben kann. Dort erfindet sie u. a. eine Geschichte, in der ein Känguruhkind im Wald seine Mutter verliert, wobei die Mutter nicht merkt, daß das Kind nicht mehr da ist. In einer anderen der Geschichten von Jutta stirbt die sehr kranke Mutter nach Verzehr eines Fliegenpilzes. Weiter berichtet sie, daß ein kleiner Hund gerade noch einem wild prügelnden Vater entkommen sei, dann aber im Klo eingeschlossen werde.

Im Rahmen der testpsychologischen und psychotherapeutischen Diagnostik erfindet der 9jährige Wolfgang viele Geschichten, in denen wehr- und hilflose Wesen einer äußerst gefahrvollen Umwelt ausgesetzt sind. So will ein Förster einen Vogel erschießen, der keine Eier legt. Der Vogel kann sich nur dadurch retten, daß er sich unkenntlich macht.
In einer anderen von Wolfgangs Geschichten bewegen sich Tiere in einer Umgebung, in der überall "Hexengefahr" herrscht.
Die Welt ist in den Geschichten des Jungen voller ängstigender Stürme, Gewitter oder grausamer Gespenster.
Zu der Bildtafel 9 des CAT erfindet der Junge folgende Geschichte:

> "Der hat auch vor Stürmen Angst. Der sitzt ganz oben im Hochhaus. Die Nacht wird grausam und es kommen Gespenster. Die Tür knackt, vor dem Fenster wandert 'ne Gestalt, ein Schatten. Er spricht mit seinem Körper, er spricht mit seinem eigenen Bauch. Weiß ich auch nicht, sagt sein Körper. Plötzlich ist das Fenster offen, Regen kommt rein, 'ne Gestalt auf ihn zu. Die Gestalt wirft mit Messern. Dann ist ihm alles klar geworden, weil er nämlich in einem baufälligen Haus gewohnt hat."

Die 10jährige Sigrid berichtet im CAT u. a. die folgende Geschichte (Bildtafel 7):

> "Das sage ich Dir nicht...! (Pause)...
> Der Tiger will den Affen fressen... Der Affe kann sich nicht mehr festhalten. Der Affe fällt da runter. Dann kann der Tiger den Affen fressen."

Im gleichen projektiven Testverfahren erfindet das Mädchen Gudrun, 6 Jahre alt, jeweils kurze Geschichten, in denen kleine und schwache Tiere sich nicht ausreichend schützen können und von großen Tieren in der Außenwelt bedroht werden.

Bei dem Test "Familie in Tieren" suchte der 13jährige Klaus nach einem Tier, mit dem er sich identifizieren könnte, das verschiedene Bedingungen würde erfüllen müssen: es dürfte selbst weder aggressiv, noch destruktiven Bedrohungen von außen ausgesetzt sein. Als ihm ein Delphin einfällt, der den Vorteil hätte, intelligent zu sein, verwirft er diese Identifikationsmöglichkeit sogleich, da Delphine in Japan doch abgeschlachtet würden.
Bei der Frage nach seinen drei größten Wünschen bemerkt Klaus als erstes, daß das Wichtigste eine Überlebenschance für ihn sei, daß es also nie einen Krieg gebe.

Die 15jährige Elisabeth gibt bei dem gleichen Test verschiedene Tieridentifikationen an. Einmal ist die Mutter eine Katze, die lieb und nett ist und dann hinterhältig zupackt und sich festkrallt. Dann wird das Mutterobjekt mit einem Wolf identifiziert, der aus dem Hinterhalt angreift.
Als erste Kindheitserinnerung berichtet Elisabeth, daß sie auf einer Steintreppe ewig hingeschlagen sei und sich die Stirn aufgeschlagen habe. Die Mutter sei nicht dagewesen. Als sie kam, habe sie furchtbar geschimpft.

Ebenfalls bei dem Test "Familie in Tieren" ordnet die 7jährige Petra die Mutter einem Fuchs zu, weil Füchse manchmal Tollwut haben. Der Vater sei dagegen ein kleiner, lieber Vogel, weil Vögel nicht so schnell getötet werden wie Füchse. Der Bruder sei ein Teufel.

Der 15jährige Bernd berichtet, daß er manchmal träume - wobei er nicht recht zu unterscheiden weiß, ob es sich um Träume oder Tagträume handelt -, daß er Befehlshaber über eine riesige Flotte ist. Mit dieser Flotte könnte er den Feind zerquetschen wie ein Ele-

fant eine Mücke. Dann setzt er sich in ein winziges Beiboot und plant aus dieser schwächeren Position heraus den Angriff auf den Feind: "Ich bin aber nie dazu gekommen, wirklich zu starten und die anzugreifen."

Während eines Urlaubs mit seinen Eltern stellen sich bei Bernd Phantasien ein, daß plötzlich Neutronenbomben explodieren würden.

So inhaltlich verschieden die Traum- und Phantasieproduktionen dieser ekzemkranken Kinder sich im einzelnen auch darstellen und zu interpretieren wären, so fallen bei aller Verschiedenheit doch Tendenzen auf, die sich in überraschendem Maße in ähnlicher Weise bei den Kindern wiederholen.
Insbesondere im Vergleich zu den erwachsenen Patienten mit endogenem Ekzem fällt auf, daß bei den Kindern überhaupt und offenbar vergleichsweise häufig Traum- und Phantasieproduktionen mit im weitesten Sinne aggressiven Inhalten auftauchen. Auch Tagträume mit ausgeprägten zerstörerischen Phantasien sind diesen Kindern nicht fremd.
Darüber hinaus erscheint jedoch bemerkenswert, daß die aggressiven und destruktiven Triebimpulse bei den ekzemkranken Kindern offenbar in hohem Maße einen archaischen Charakter behalten haben und nicht über zunehmend komplexe Beziehungen zu Objekten in phasenspezifische aggressive Bedürfnisse umgewandelt werden konnten.

Schließlich imponiert bei einem großen Teil dieser Kinder, daß sie sich in einer wenig bergenden, abweisenden, kalt und unzuverlässig erlebten Welt bewegen, ein Aspekt, der das Erleben der Beziehungen zu ihren wichtigen Objekten beleuchtet.

4. Zum Selbstbild der Eltern ekzemkranker Kinder im Gießen-Test

Der Gießen-Test (Selbstbild) lag von 12 Müttern und 10 Vätern der insgesamt 15 in die Untersuchung einbezogenen ekzemkranken Kinder vor. Eine alleinstehende Mutter und zwei Elternpaare reichten die ihnen überlassenen Untersuchungsunterlagen entgegen anderslautender Zusagen und trotz mehrfacher Nachfragen nicht zurück.
Aus noch zu diskutierenden Gründen wurden die Selbstbilder der Eltern nicht in erster Linie nach den verschiedenen Skalen des Gießen-Tests betrachtet, sondern vorrangig in Hinblick auf einzelne Items.

Bei den Müttern der ekzemkranken Kinder zeigen sich bei verschiedenen Items einige auffällige Tendenzen, die nachfolgend jeweils einzeln dargestellt werden sollen:

- Bis auf eine Ausnahme gaben die Mütter an, daß sie sich über ihre inneren Probleme eher besonders häufig Gedanken machten (Item 5). Sechs dieser 11 Mütter haben dabei den Extremwert drei angekreuzt.
  Die Mutter, bei der diese Angabe nicht vorkommt, ist die Mutter von Sigrid, die aus mehreren familiendiagnostischen Sitzungen bekannt war. Es handelt sich um eine Frau, deren Selbstbild insgesamt gegenüber dem Bild des Untersuchers von ihr teilweise extrem abweicht und deren Familie durch starke Verleugnungstendenzen gekennzeichnet ist. Sigrids Mutter ist stark übergewichtig, ausgesprochen passiv, kennt keine ausgeprägten Interessen und machte in den Fami-

liengesprächen einen im Grunde sehr resignierten Eindruck, was sich etwa in der Einstellung ausdrückte, daß, wie sie sagte, "man doch nichts ändern kann" und "sowieso alles so nehmen muß, wie es kommt".

- Keine der Mütter nahm an, daß andere mit ihrer Arbeitsleistung im allgemeinen eher unzufrieden seien (Item 9). Demgegenüber wurde von 8 Müttern angegeben, andere seien mit ihrer Arbeit im allgemeinen eher besonders zufrieden. Diese Tendenz entspricht dem klinischen Eindruck, daß der Bereich der Arbeit bei den Müttern von großer Bedeutung ist und für sie eine wichtige Schiene darstellt, um von anderen Anerkennung zu erlangen, die ihnen auf anderem Wege offenbar versagt bleibt.

- Bis auf drei Ausnahmen gaben die Mütter an, daß sie sich oft für sehr bedrückt hielten (Item 14). Auch dieser Befund stimmt mit dem klinischen Eindruck überein, daß es sich bei den Müttern der ekzemkranken Kinder um Frauen mit starken Selbstwertbeeinträchtigungen handelt. Erstaunlich war hingegen vielmehr, daß diese Gefühle des Bedrücktseins von den Müttern nicht häufiger abgewehrt werden, sondern von ihnen bewußt erlebt werden.

  Aufschlußreich ist der Vergleich des Selbstbildes der beiden Mütter, die angaben, eher wenig bedrückt zu sein sowie derjenigen Mutter, die bei diesem Item den Wert 0 angekreuzt hat, mit dem klinischen Untersuchungsbefund. Alle drei Mütter waren aus eingehenden familiendiagnostischen Sitzungen bekannt, davon zwei der drei Mütter aus längerfristigen Psychotherapien. Es handelt sich

dabei einmal wiederum um die schon erwähnte, an einer Fettsucht leidende und starke Vermeidungs- und Verleugnungstendenzen aufweisende Mutter der 10jährigen Sigrid. Zum anderen handelt es sich um die Mutter von Petra. In einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie zeigte sich, daß Petras Mutter einen nur geringen Zugang zu ihrer jeweiligen inneren Befindlichkeit hat und insbesondere depressive Stimmungen bei sich strikt abwehren muß. Sie ist äußerst kränkbar und wehrt ihre Gefühle mit Hilfe ununterbrochenen Aktiv-Sein-Müssens ab. Auch der Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Agressor trat neben einer starken Projektionsneigung deutlich zutage, ein Abwehrverhalten, das dem Psychoanalytiker unter anderem bei depressiven Patienten durchaus vertraut ist.
Die Mutter von Elisabeth, die im Gießen-Test bei diesem Item den Wert 0 angab, ist ebenfalls aus einer psychoanalytischen Ehepaar-Kurztherapie bekannt. Im Gießen-Test-Profil fiel bei ihr der Befund auf der Skala der "negativen sozialen Resonanz" auf. In der Therapie zeigte sie sich als eine zutiefst unzufriedene Frau, die ihre Umgebung vorwurfsvoll anklagt, daß die anderen Schuld an ihrer Unzufriedenheit trügen. Leiseste Kritik an ihrer Person beantwortet sie mit heftigen, teilweise wenig gesteuerten wütenden Angriffen, da ihr Selbstwertgefühl ganz überwiegend von der Zustimmung ihrer Umgebung abhängt.

- Von den zwölf Müttern geben neun an, daß es ihnen eher leicht fiele, sich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden (Item 17). Die Mutter

der 6jährigen Erika meint, dies falle ihr eher schwer. Sie ist geschieden, weil sie, wie sie zu verstehen gibt, ganz plötzlich entdeckt habe, daß ihr Mann "nichts taugt".
Bei der anderen Frau handelt es sich um die Mutter von Peter, die ihren Sohn wie einen Partnerersatz behandelt, was von ihrem Ehemann unverhohlen unterstützt wird.
Eine der Mütter gab bei dem Item 17 einen Mittelwert an.

- Bis auf eine Ausnahme geben alle Mütter an, sie suchten eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen (Item 12).
Die alleinstehende Mutter des 10jährigen Reinhard weicht von diesem Bild jedoch ab. Sie hat für sich eine psychotherapeutische Behandlung aufgesucht, in der eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Im Rahmen der Therapie trat zutage, daß sie vor engen Beziehungen und Nähe große Angst haben muß, da in solchen Beziehungen ängstigende Verschmelzungswünsche wachgerufen werden.

- Ein einheitlicher Befund im Selbstbild der Mütter ekzemkranker Kinder findet sich auch insofern, als alle angeben, daß sie sich im Leben eher besonders viel Mühe schafften (Item 24).
Nur eine Mutter gibt hier einen Mittelwert an. Interessanterweise handelt es sich dabei um die Mutter der 8jährigen Claudia, von der die Anamnesenerheberin notiert: "Bei der Mutter zeigt sich ein solches Ausmaß an Resignation, Überdruß und Erschöpfung, wie ich es bei keiner Mutter eines ekzemkranken Kindes bisher gesehen habe." Claudias Mutter gab im Gespräch zugleich an, daß sie manch-

mal fürchte, ihre gelegentlich mörderische Wut gegenüber ihrer Tochter nicht mehr unter Kontrolle halten zu können. Einmal habe sie das Kind schon fast umgebracht.

- Auch bei dem Item 28 findet sich ein weitgehend homogener Befund. Bis auf zwei Mütter, die hier Mittelwerte angeben, haben alle anderen Mütter den Eindruck, daß es ihnen eher leicht falle, mit anderen Menschen eng zusammenzuarbeiten. Dabei wurde schon darauf hingewiesen, daß der Bereich Arbeit offenbar eine große Bedeutung für alle diese Mütter hat und für die Aufrechterhaltung ihres narzißtischen Gleichgewichts wichtige Funktionen erfüllt.

- Zehn der zwölf Mütter sehen sich als Frauen, die einem Partner außerordentlich viel Liebe schenken können (Item 30). Auch hinsichtlich dieses Items erscheint wiederum interessant, die beiden Frauen genauerer Betrachtung zu unterziehen, bei denen diese Selbsteinschätzung nicht angetroffen wird. Es handelt sich dabei einmal um die Mutter des Jungen Peter und die schon zuvor erwähnte Mutter des Mädchens Claudia. Beide Mütter zeigen Extremwerte auf der Depressivitätsskala des Gießen-Tests. Es hat bei ihnen den Anschein, als seien ihr Selbstwertgefühl und stabilisierende Abwehrmechanismen gleichsam zusammengebrochen. Die Mutter von Peter gibt an, daß sie immer sehr viel grübeln müsse, Ärger in sich hineinfresse, fast immer bedrückt sei, in ihrem Leben nur Mühe kenne, sich extrem häufig Selbstvorwürfe mache, andererseits aber besonders viel Vertrauen zu anderen Menschen habe.

Auch die Mutter von Claudia schildert eine starke Neigung zum Grübeln. Meist fühlt sie sich sehr bedrückt und macht sich viele Vorwürfe.
Ihr Selbstbild ist außerordentlich inkohärent. So sucht sie sehr engen Anschluß an andere Menschen, hat jedoch zugleich sehr wenig Vertrauen zu ihnen (jeweils Extremwert drei im Gießen-Test). Sie meint von sich selbst, daß sie einerseits sehr ausgelassen sein könne, andererseits aber, daß sie kaum aus sich herauszugehen vermöchte. Trotz ihres geringen Vertrauens zu anderen Menschen könne sie sich sehr leicht für lange Zeit an einen Partner binden.

- Einen weiteren, weitgehend ähnlichen Befund zeigen die Mütter ekzemkranker Kinder im Selbstbild, indem sie angeben, sich verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen zu machen (Item 32).

  Bei den beiden Müttern, die hier Null-Werte angegeben haben, handelt es sich wiederum um die Mutter des Jungen Peter, in deren Familie das Kind der unangezweifelte Partnerersatz für die Mutter ist, sowie um die Mutter von Petra, die schon in Zusammenhang mit ihrer besonderen Abwehr depressiver Affekte und Stimmungen mittels andauernder Überaktivität erwähnt wurde.

- Die Mütter der ekzemkranken Kinder schätzen sich bis auf drei Ausnahmen, die hier Mittelwerte angeben, als eher übergenau mit der Wahrheit ein (Item 18).

- Mit Ausnahme einer Mutter wird die Selbsteinschätzung abgegeben, daß sie eher schwer aus sich herausgehen könne (Item 19). Allerdings wurden auch hier von zwei Frauen Mittelwerte angegeben, davon im einen Falle von der Mutter des Mädchens Petra, die schon in anderem Zusammenhang mehrfach erwähnt wurde.

- Zehn der zwölf Mütter geben an, im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv erlebnisfähig zu sein (Item 34). Bei den beiden Ausnahmen handelt es sich erneut um die Mütter des Jungen Peter und des Mädchens Claudia, auf deren intensive Selbstwertstörungen bereits hingewiesen wurde.

- Schließlich seien noch einige Tendenzen im Selbstbild der Mütter erwähnt, die sich mit geringer ausgeprägter Ähnlichkeit darstellen. So erwähnen bis auf drei alle Frauen, die hier Mittelwerte angeben, daß sie sehr viel Wert darauf legten, schön auszusehen (Item 27). Keine Mutter meint von sich, sie könne eher schlecht mit Geld umgehen (Item 13). Ebenso meint bis auf eine Ausnahme keine Mutter, sie sei eher wenig ordentlich (Item 21). Auch bei dem Item 22 kommt es nicht zu Selbsteinschätzungen im Sinne eher häufiger Auseinandersetzungen mit anderen Menschen. Bis auf zwei Frauen meint keine Mutter, sie mache sich selten Selbstvorwürfe (Item 29).

  Einschränkend muß bezüglich dieser Items jedoch gesagt werden, daß es hier häufiger zu Mittelwertangaben kommt, so daß Tendenzen hinsichtlich des Selbstbildes zurückhaltender beurteilt werden müssen.

Bei den Vätern der ekzemkranken Kinder, bei denen Tendenzen in den Selbstbildern wegen der noch geringeren Anzahl ebenfalls vorsichtig zu beurteilen sind, deutet sich ein völlig anderes Bild an.

War bei den Müttern der Befund überraschend, daß sich in bezug auf mehrere Items teilweise deutliche Tendenzen nach einer Seite hin abzeichneten, ist dies - mit Ausnahme von drei Items - bei den Vätern in keiner Weise der Fall. Bei ihnen finden sich keine auffälligen Häufungen. Die Selbsteinschätzungen verteilen sich relativ gleichförmig auf das gesamte vorgegebene Skalenspektrum.
Eine Ausnahme bilden lediglich die Items 9, 13 und 30. Demzufolge meinen alle Väter, andere seien mit ihrer Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden (Item 9), und sie könnten im Vergleich zu anderen eher gut mit Geld umgehen (Item 13); ebenso meinen - hier mit zwei Ausnahmen - die Väter, sie könnten einem Partner außerordentlich viel Liebe schenken (Item 30).
Da die Väter - im Gegensatz zu den Müttern der ekzemkranken Kinder - nicht aus eingehenderen Untersuchungen bekannt sind, können die genannten Tendenzen nicht als Verstehenshilfe für weitere Interpretationen genutzt werden, auf die deshalb hier verzichtet werden muß.

Betrachtet man die Angaben zum Selbstbild der Mütter ekzemkranker Kinder auf der Grundlage der genannten Tendenzen, die sich in verschiedenen Items im Gießen-Test abzeichnen, noch einmal im Zusammenhang, so läßt sich in erster Annäherung das folgende Gesamtbild zeichnen:
Die Mütter erleben sich selbst als bedrückt, können schwer aus sich herausgehen und grübeln viel über ihre inneren Probleme nach. Sie schaffen sich selbst in ihrem Leben eher viel Mühe und machen sich oft große Sorgen um andere Menschen. Indem sie sich in der Arbeit verausgaben, versuchen sie offenbar Anerkennung und Zuwendung zu erlangen. Sie erleben, daß andere mit ihren Arbeitsleistungen eher besonders zufrieden sind. Ehrlichkeit stellt für sie einen vergleichsweise hohen moralischen Wert dar. In Hinblick auf ihre Beziehungen zu anderen Menschen sehen sie sich als Frauen an, die sehr engen Anschluß an andere suchen und die es leicht haben, dauerhafte enge Bindungen einzugehen. Sie sehen sich als in der Liebe sowohl intensiv erlebnisfähig an wie als Frauen, die anderen viel Liebe schenken können.
Diese zuletzt genannte Selbsteinschätzung bedarf hingegen besonderer Beachtung. Es stimmt mit dem klinischen Eindruck von diesen Frauen gut überein, wenn sie von sich sagen, daß sie enge Beziehungen suchen und leicht dauerhafte Bindungen eingehen. Es scheint sich dabei indessen um einen besonderen Typus von "nahen Bindungen" und von "Liebe" sowie von "Liebesfähigkeit" zu handeln. In der klinischen Diagnostik fiel bei den Müttern auf, daß ihre Partnerbeziehungen als teilweise extrem unbefriedigend erlebt werden, wenn die Frauen nicht überhaupt ganz ohne Partner leben. Keine

der Mütter schilderte eine glückliche oder zufriedenstellende Beziehung zu ihrem männlichen Partner. In mehreren Fällen wurde dem Mann offene Geringschätzung in seiner Rolle als Ehepartner gegenüber ausgedrückt. Die eher periphere Bedeutung der Männer in ihrer Funktion als Ehepartner und als Väter wurde bisweilen als "so völlig in Ordnung" kommentiert.

Es scheint, wie wenn mit "engen Bindungen" und "Liebesbeziehungen" von den Müttern ein Typus von Beziehungen angesprochen werde, in denen der Partner zumindest tendenziell als narzißtisches Objekt gesucht wird. Dem Partner soll dabei die Funktion zukommen, die eigene geringe Selbstwertschätzung zu substituieren und für die narzißtische Homöostase Sorge zu tragen, die intrapsychisch nicht ausreichend reguliert werden kann. Dazu würde der Befund passen, daß sich bei den Müttern, deren Lebensgeschichte im Zusammenhang dieser Untersuchung genauer erfaßt werden konnte, ausgeprägte narzißtische Störungen fanden, die Folge einer oftmals desolaten und lieblosen frühen Kindheitsentwicklung waren.
Auf den ersten Blick erscheint überraschend, wenn die Mütter der ekzemkranken Kinder auf verschiedenen Skalen des Gießen-Tests - insbesondere auf der Depressivitäts-Skala - keine eindeutigen Befunde zeigen. Bei genauerer Betrachtung der jeweils einzelnen Selbstbilder läßt sich dies jedoch leicht aufklären. Von den zwölf Müttern, von denen Angaben zum Selbstbild nach dem Gießen-Test vorliegen, schätzen sich nur sieben als deutlich depressiv ein. Betrachtet man indessen die Befunde der anderen fünf Mütter genauer, ergeben sich bemerkenswerte Diskrepanzen zu deren klinischem Bild. Es handelt sich hier um die Mütter der Kinder Gudrun, Peter, Sigrid, Renate und Elisabeth:

Das außerordentlich inkonsistente und teilweise auffällig widersprüchliche Selbstbild von Gudruns Mutter wurde im voraufgegangenen Zusammenhang bereits mehrfach diskutiert.
Auch von der Mutter der 7jährigen Petra war bereits mehrfach die Rede. An dieser Stelle sei lediglich noch einmal betont, daß die Mutter mit zunehmender Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung auch zunehmend deutlicher depressiv erschien. Zuletzt konnte sie ihre depressiven Stimmungen um so mehr wahrnehmen, je stärker ihr dranghaftes Aktiv-Sein-Müssen abnahm.
Gleiches galt auch für die Mutter von Elisabeth, auf deren Befunde in der klinischen Diagnostik ebenfalls bereits hingewiesen wurde.
Bei der Mutter der 10jährigen Sigrid handelt es sich schließlich um eine an einer Fettsucht leidende, passiv-resignierte Frau, die sich schicksalhaft mit ihren unbefriedigenden Lebensumständen abgefunden hat.
Im Selbstbild der Mutter von Renate fanden sich sehr inkonsistent erscheinende Selbsteinschätzungen.
So gab sie an, ihren Ärger immer leicht abzureagieren, sehr daran interessiert zu sein, andere zu übertreffen, jedoch zugleich besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen zu geraten. Sie meinte weiter, besonders wenig Vertrauen zu anderen Menschen zu haben, jedoch engen Anschluß an andere zu suchen und Bindungen leicht eingehen zu können. Obwohl sie sich als sehr geduldig einschätzt, gab sie an, ihren Ärger schnell abzureagieren. Sie lege es eher darauf an, von anderen gelenkt zu werden, meinte aber zugleich, ihre Interessen im Lebenskampf eher gut durchsetzen zu können.

Bei genauerer Betrachtung der Selbstbilder anderer Mütter von ekzemkranken Kindern auf einzelne Items hin fallen ähnlich inkonsistente und manchmal eklatant widersprüchliche Selbsteinschätzungen immer wieder auf. Diese inkonsistenten Selbsteinschätzungen würden verständlich machen, weshalb Befunde auf verschiedenen Skalen des Gießen-Tests nicht eindeutiger ausfallen und in mehreren Fällen in krassem Gegensatz zu dem Bild des Klinikers von diesen Frauen stehen, ein Befund, der auch bei anderen psychosomatischen Krankheiten einer eingehenderen Nachprüfung wert sein dürfte.

5. Zur Rolle der ekzemkranken Kinder in ihren Familien

Um die Frage nach der Rolle des ekzemkranken Kindes im Verband seiner Familie zu beleuchten, wurden Daten aus verschiedenen Quellen herangezogen, die über die Kinder und ihre Familien in jeweils unterschiedlichem Ausmaß zur Verfügung standen. Von sechs Familien lagen ausführliche Protokolle von familiendiagnostischen bzw. -therapeutischen Sitzungen vor; von einigen Elternpaaren konnten protokollierte Ehepaargespräche zur Auswertung herangezogen werden; bei der Mehrzahl der Kinder wurden lediglich mit einem Elternteil - meist der Mutter - Einzelgespräche geführt. In die Auswertung einbezogen wurde jedoch auch das übrige Datenmaterial wie die Anamnesen der Kinder, deren testpsychologische Untersuchungsergebnisse sowie die Gießen-Test-Protokolle ihrer Eltern.

Der Absicht dieses Untersuchungsschrittes entsprechend sowie aufgrund der Heterogenität des Datenmaterials über die einzelnen Kinder erschien es weder möglich noch sinnvoll, die Daten systematisch auszuwerten. Statt dessen wurde die "hermeneutische Kompetenz" psychoanalytisch erfahrener Kliniker unterschiedlicher Fachrichtungen zu Rate gezogen, um mit ihnen gemeinsam nach Art von Fallbesprechungen das jeweils vorliegende Datenmaterial über die ekzemkranken Kinder und ihre Familien unter der leitenden Fragestellung zu diskutieren, welche Rolle das kranke Kind in der Familie einnimmt. Besonderer Wert wurde dabei darauf gelegt,

auch die unbewußten Erwartungen der Eltern ihrem Kind gegenüber in ersten Annäherungen zu erfassen.

In einem weiteren Schritt war schließlich auch der Frage nachzugehen, ob und inwieweit die familiendynamischen Befunde dazu beitragen könnten, die bei den ekzemkranken Kindern aufgefallenen ich- und objektpsychologischen Besonderheiten klären zu helfen. Es müßte möglich sein, so lautete die Annahme, die Beeinträchtigungen der Ich-Funktionen und die Auffälligkeiten in den Objektbeziehungen der Kinder mit endogenem Ekzem insbesondere auch hinsichtlich ihrer Entwicklung dann besser zu verstehen, wenn die Rolle dieser Kinder in ihren Familien deutlicher würde.

Die nachfolgenden kasuistischen Darstellungen sind das Ergebnis dieser, unter den genannten leitenden Fragestellungen geführten Fallbesprechungen in einem größeren Kreis von psychoanalytisch erfahrenen Fachleuten.

GUDRUN

Von den Eltern des 6jährigen Mädchens liegen nur vergleichsweise wenige und oberflächliche Untersuchungsbefunde vor, so daß sich die Darstellungen zur Rolle des Kindes in der Familie in diesem Fall auf wenige Angaben beschränken müssen.
Es ist klar und selbstverständlich in dieser Familie, was Anständigkeit, Ordentlichkeit und Strebsamkeit bedeuten. Es gilt, auf diese Werte hin zu leben. Es sind strikte, veräußerlichte Normen, deren Gültigkeit und Bedeutung sich darin bestätigt, daß man im öffentlichen Leben, in der Beziehung zur Außenwelt, zu Nachbarn und Verwandten als "normal" zu gelten hat und nicht "scheel" angesehen wird. Gefühlshaft getönte Beziehungen haben in der Familie wenig Platz. Die stark übergewichtige Gudrun wird materiell übersättigt.
Die Beziehung zwischen den Eltern selbst wirkt leer, fade und öde. Zwischen ihnen geschieht nichts, zumindest "nichts, das von Belang wäre". "Bei uns", so drücken es die Eltern aus, "ist alles normal, wie bei anderen auch, wie sowas eben ist".
Kaum zu erkennen, eindeutiger aber als ihr Mann, deutet die Mutter an, daß sie in dieser Ehe unzufrieden sei. Dennoch ist sie bemüht, den Anschein einer durchweg "normalen" - und das heißt der Umwelt keine Reibungsflächen bietenden - Ehebeziehung aufrechtzuerhalten. Direkte Begegnungen oder Konfrontationen unter den Ehepartnern werden vermieden.
Es gibt zwei Parteien in der Familie: Gudrun, das ekzemkranke Kind, wird von der Mutter dem Vater zugeordnet. Den Sohn, Gudruns Bruder, stellt sie sich selbst an die Seite. Diese Verteilung und die Tat-

sache, daß Gudrun und ihr Vater mehr zusammenhielten, ist Grund für die Mutter, ihre Tochter etwas weniger zu mögen als den Bruder. Gudrun ist es, die sie etwas weniger mag, nicht ihren Mann, "da ist alles normal".

Das kleine Mädchen schläft bis zu seinem vierten Lebensjahr im Ehebett der Eltern. Ein ersichtlicher Grund dafür liegt nicht vor: man hat das eben so gemacht. Erst als der Vater während der Untersuchung kurzfristig abwesend ist, klagt Gudruns Mutter versteckt darüber, daß er derjenige gewesen sei, der gewollt habe, daß die Tochter im Ehebett der Eltern schläft, und er habe dies gegen ihren eigenen Willen durchgesetzt. Ob und inwieweit ihr selbst diese grenzziehende und distanzierende Funktion von Gudrun entgegenkam, ist der Mutter nicht erlebbar.

Gudrun scheint für ihre Eltern eine ebenso distanzaufrechterhaltende und trennende wie auch eine bindende Funktion zu haben. Sie muß die intimen Begegnungen und direkten Beziehungen zwischen den Ehepartnern verhindern; gerade dadurch ermöglicht sie aber auch, daß beide miteinander reden und es miteinander aushalten können.

ERIKA

Die Eltern des sechsjährigen ekzemkranken Mädchens sind geschieden. Als Erika drei Jahre alt ist, läßt sich ihre Mutter deren eigener Darstellung zufolge "von einem auf den anderen Tag" von ihrem Mann scheiden. Sie habe auf einmal erkannt, daß ihr Mann "von einem auf den anderen Tag ganz plötzlich schlecht" war. Deshalb sei die Trennung auch "ruck-zuck" erfolgt. Gute Objekte, so scheint es, können im Erleben der Mutter "ruck-zuck" schlecht werden und müssen dann aufgegeben werden.
Die Mutter ist eine unreif und kindlich wirkende Frau. Auf den ersten Blick könnte ihr Leben bunt und vielfältig erscheinen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß sie in zahlreichen, jeweils kurzfristigen Aktivitäten nach starken Reizen sucht, die sie fühlen lassen, "daß etwas los ist".
Erika ist im Erleben ihrer Mutter wie sie selbst. Zwischen beiden gibt es keine Unterschiede. Die Mutter möchte ihre Tochter nicht aus ihrer Rolle als Mutter heraus erziehen und sucht in ihr statt dessen eine gleichgestellte Person: "Daß wir tatsächlich nicht Mutter und Tochter sind, sondern daß sie über alles mit mir reden kann und eine Freundin ist..."
Dafür muß Erika jedoch Bedingungen erfüllen: sie muß die Mutter lieben und ihre Vertraute sein; sie muß die gleiche Beziehung zu ihrer Mutter haben, wie die Mutter sie gerne zur Tochter hätte.
Manifest meint die Mutter, daß Erika es damit besser haben soll als sie selbst und daß sie auf diesem Wege einmal "im Leben alles vernünftiger" machen wird als die Mutter, die bei ihrer eigenen Mutter zahlreiche Entbehrungen erdulden und gefühlshafte Kargheit erleiden mußte.

Tatsächlich wird Erika aber von einer Erziehungsperson zur nächsten herumgereicht. Tagsüber pendelt das Kind zwischen Kindergarten, Großeltern, leiblichem Vater, Mutter und Freund der Mutter hin und her. Nur an Wochenenden hat Erika längeren Kontakt zu ihrer leiblichen Mutter. Die Mutter hat die Vorstellung, daß sich die verschiedenen Umgangsweisen dieser zahlreichen Personen mit Erika letztlich gut ausgleichen werden und daß ihre Tochter auf diesem Wege, da es sich doch um viele Menschen handele, "von allen Seiten mit Liebe überschüttet" wird. So bekommt Erika in der Vorstellung der Mutter viel. Dafür erwartet die Mutter von ihrer Tochter Liebe zurückzubekommen, als Ausgleich für ihre eigene narzißtische Bedürftigkeit. Da Erika ja "von allen Seiten Liebe" erhalte, müsse sie doch eigentlich zufrieden sein und ihrer Mutter ihrerseits nur Zuneigung geben können.

PETRA

Petras Mutter ist eine außerordentlich kränkbare, unzufriedene, von Selbstzweifeln geplagte Frau, die selbst schon als kleines Mädchen an verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen, u. a. an einer ausgeprägten Dysmorphophobie, gelitten hat.
Als die Mutter merkte, daß sie mit Petra schwanger war, wollte sie anfangs eine Abtreibung vornehmen lassen, da die Schwangerschaft in ihren Zeitplanungen ein halbes Jahr zu früh kam. An den Vorbereitungen auf die Geburt des Kindes und später an der Säuglingspflege fand sie keinerlei Interesse. Sie war in den

ersten Lebensjahren ihrer Tochter sehr ängstlich und vorsichtig im Umgang mit dem Kind. Häufig hatte sie Angst, Petra könne etwas passieren. Aus diesen Befürchtungen heraus räumte sie u. a. zweimal täglich das Kinderzimmer auf.
Während Petra bis dahin unter der ständigen und überbesorgten Obhut ihrer Mutter stand, war die Ablösung mit Beginn des Kindergartenbesuchs abrupt. Jetzt stellten sich bei der Mutter Gekränktheitsreaktionen, Empörung und klagsame Vorwürfe ein, wenn ihr Kind aus dem Kindergarten nach Hause kam, unzufrieden, selbst besorgt und von inneren Nöten geplagt. Petra wandte sich von nun an verstärkt ihrem Vater zu, suchte zärtlichen Austausch mit ihm, was die Mutter in Zustände tiefster Gekränktheit versetzte. Sie erlebte diese Hinwendung Petras zu ihrem Vater als Anklage in dem Sinne, daß sie selbst eine schlechte und nicht genügende Mutter sei.
Der Vater seinerseits ist ein stiller, blaß wirkender Mann, der sich nach Kräften zu bemühen scheint, Schwierigkeiten und Konflikte nach außen hin zu verdecken. Die zärtlichen Annäherungen seiner Tochter zu ihm genießt er insgeheim, jedoch nicht so sehr um der Zärtlichkeit seiner Tochter willen, sondern er nutzt sie versteckt, um seine Frau in ihren Gefühlen von Unzulänglichkeit in ihrer Rolle als Mutter zu bekräftigen, als wolle er ihr zu verstehen geben: "Sieh her, Petra mag mich und nicht dich. Du bist ihr die schlechtere Mutter, du genügst nicht." Dabei scheinen diese Reaktionen und Verhaltensweisen des Vaters selbst aus Unzufriedenheit und Enttäuschung an seiner Frau gespeist zu sein.

Petra erlebt die Gekränktheit, Empörung und die Schuldvorwürfe der Mutter als gegen sie gerichtete Anklagen in dem Sinne, daß sie, die Tochter, diejenige ist, die die Mutter erst unzufrieden macht und sich schlecht fühlen läßt, daß sie eine Tochter ist, die ihrer Mutter kein "ausreichend gutes Kind" sein kann. Wenn auch versteckt, so ist der Vater aktiv daran beteiligt, seiner Frau zu verstehen zu geben, daß sie Petra gegenüber nicht genügt. So wird Petra auch von ihm in die Rolle des Kindes manövriert, das Schuld trägt an dem Unglück der Mutter. Auf diesem Wege kann er sich selbst vor der unersättlichen Unzufriedenheit seiner Frau schützen.

CLAUDIA

Zu dem mit der Familie verabredeten gemeinsamen Termin erschien nur die Mutter des achtjährigen Mädchens. Der Vater ist nur aus Schilderungen seiner Frau, seiner Tochter sowie aus seinen eigenen Angaben zum Gießen-Test bekannt. Dort schätzt er sich als einen Menschen ein, der sehr engen Anschluß an andere suche, zugleich aber als einen Menschen, dem es sehr schwer falle, sich für lange Zeit an andere Personen zu binden. Er hält sich für eher überordentlich und für besonders fügsam, sieht sich zugleich jedoch als besonders wenig ängstlich an. Er gebe wenig von sich preis und mache sich verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
Claudias Mutter ist eine äußerst resignierte, von Überdruß und Erschöpfung geprägte Frau. Sie berichtet von zahlreichen Schwierigkeiten, Spannungen und Be-

lastungen in der Familie. Vor allen Dingen Claudia sei der Grund für diese Probleme.
Als die Mutter mit Claudia schwanger war, habe sie sich nicht entscheiden können, ob sie das Kind austragen sollte oder nicht. Eine wirkliche Entscheidung vermag sie für sich nicht zu treffen. Schon während des weiteren Schwangerschaftsverlaufs habe ihr Claudia "Theater" gemacht. Während der ersten Lebensjahre des Kindes ist die Mutter froh, daß Claudia ein so "frühreifes" Kind ist, was heißt, daß sie die Mutter in derem eigenen Erleben kaum braucht. Claudias Mutter möchte eine Tochter, die ihr keine Schwierigkeiten bereitet, die unauffällig ist und von der Mutter unabhängig. Aber sie möchte auch eine Tochter, von der sie als Mutter geliebt wird, die ihr gegenüber nett und freundlich ist und ihr zu verstehen gibt, daß sie als Mutter für sie wichtig ist. Im Widerspruch zu ihrer Aufforderung an Claudia, von der Mutter früh unabhängig zu werden, bevorzugt die Mutter Claudias Schwester, die einen angeborenen Hüftschaden hat, von der Mutter abhängig ist, ihre Mutter unbedingt braucht und dabei zugleich "lieb und ruhig" sich verhält.

Claudias Unzufriedenheit, ihre Abgrenzungsversuche und ihr versteckter Protest der Mutter gegenüber werden von der Mutter als aufs äußerste kränkende Vorwürfe erlebt. Forderungen und Erwartungen des Kindes an die Mutter sind für diese unzumutbare Lasten. Äußerungen des ekzemkranken Mädchens, die andeuten, daß es mit seiner Mutter unzufrieden ist, können diese in äußerste Wut versetzen.
In der Schule verhält sich Claudia relativ unauffällig. Dort findet das Mädchen bei einer Lehrerin viel Verständnis. Aber diese Zuwendung des Kindes zu einer

anderen Frau steigert nur den Haß der Mutter. Das Interesse der Lehrerin an Claudia ist der Mutter Indiz dafür, daß ihre Tochter sie ärgern und die beiden Frauen geschickt gegeneinander ausspielen will.

Manchmal hat die Mutter Befürchtungen, ihren mörderischen Haß auf ihre Tochter nicht mehr kontrollieren zu können und ihr etwas anzutun; schon mehrmals sei sie dicht davor gewesen. Immer aufs Neue ist sie enttäuscht und gekränkt von ihrem Kind: "Ich bin immer enttäuscht, wenn Claudia mich so ablehnt und zurückschubst". Claudia, so meint sie, müsse doch bereit sein, die Liebesbeweise anzunehmen, die die Mutter von sich aus und zu den von ihr gewählten Zeitpunkten der Tochter entgegenbringe.

Der Vater verhält sich dieser Beziehung von Mutter und Tochter gegenüber wie reglos. Die Annäherungsversuche seiner Tochter und deren versteckte Wünsche, von ihm vor der Mutter beschützt zu werden, erreichen ihn nicht. Insgeheim scheint er darin einzustimmen, daß Claudia und nicht er selbst von der Kränkungswut und den Schuldvorwürfen seiner Frau getroffen wird.

WOLFGANG

Wolfgang ist das mittlere von drei Geschwistern. Die Ehebeziehung zwischen den Eltern erscheint blaß, nichtssagend, wie nicht vorhanden. Schwierigkeiten, die sich andeuten, werden bagatellisiert oder verleugnet. Vor allem der Vater ist es, der diese Verleugnungen unterstützt, während die Mutter solche Schwierigkeiten als Folge von Belastungen in einer durchweg feindseligen Umwelt darstellt. Diese Sichtweise wird von der Mutter auch in Gegenwart ihres Mannes aufrechterhalten.

In einem mehrseitigen, eng beschriebenen Brief kündigt die Mutter an, sie wolle im Rahmen der Untersuchung einmal die Möglichkeit nutzen, über sich und vor allem über die Schwierigkeiten ihres Sohnes Wolfgang, das ekzemkranke Kind, berichten. Von Wolfgang spricht sie in diesem Brief jedoch kaum. Statt dessen schildert sie ihre eigene desolate Lebensgeschichte und ihre äußerst angespannte Ehebeziehung. Sie hat eine freud- und lieblose Kindheit und Jugend voller Entbehrungen erleben müssen. Von früh an war sie gezwungen, der Mutter den Haushalt zu führen, ohne dafür Zuneigung zu erhalten, die sie sich als Dank für ihre Arbeit und Aufopferung der Mutter gegenüber immer wieder erhofft hatte. Die Beziehung zwischen ihren eigenen Eltern war von permanentem Zank und Streit durchsetzt, wobei gelegentliche Alkoholexzesse zwischen Vater und Mutter deren einzig von ihr erlebte Gemeinsamkeiten darzustellen schienen. Wolfgangs Mutter heiratete ihren Mann,kurz nachdem sie ihn kennengelernt hatte. An ihre Ehe knüpfte sie die Hoffnung, der Mann möge sie aus ihrer desolaten Lebenssituation befreien und ihr nun die Zuwendung geben, die sie zu Hause hatte entbehren müssen.

Wolfgangs Vater ist ein arbeitsamer und fleißiger Mann. Seine eigene Lebensgeschichte ist der seiner Frau nicht unähnlich. Auch er erlebte schon in seiner Kindheit, daß Fleiß und selbstaufopfernde Arbeit für andere der Preis sind, um zumindest ein Minimum an Zuwendung zu erhalten. Ebenso wie seine Frau hofft auch er im Grunde, daß sie ihn für die Entbehrungen dieser Kindheit entschädigen möge.
Der Sohn Wolfgang, das ekzemkranke Kind, wird in eine Ehesituation wechselseitiger Enttäuschungen als "der kleine Ungeliebte" hineingeboren. Dennoch ist es für die Mutter keine Frage, daß sie das Kind haben will. An Wolfgang knüpfen sich jetzt erneut Hoffnungen der Mutter, seine Geburt möge die Ehe festigen und endlich dazu verhelfen, daß die auf ihren Mann gerichteten Zuneigungswünsche erfüllt werden. Aber der kleine Junge "versagt" in dieser Funktion, ohne daß die Mutter aber ihre auf ihn gerichteten Hoffnungen ganz von ihm abziehen könnte.
Als Wolfgang größer wird und sich die Ehe zwischen den Eltern tatsächlich relativ stabilisiert, wird ihm die Funktion zuerkannt, gleichsam als Seismograph für Spannungen zwischen den Eltern zu dienen. Seine Empfindsamkeit und Ängstlichkeit ist für die Eltern jeweils Anlaß, "die Zähne zusammenzubeißen" und ihre wechselseitigen Enttäuschungen und Enttäuschungswut aneinander zu unterdrücken. Sie ermahnen sich jetzt gleichsam streng, mit dem, was da ist, zufrieden zu sein, in den geschaffenen materiellen Gütern zu erkennen, "daß es doch ganz gut geht". Auf diesem Wege trägt Wolfgang dazu bei, die Ehebeziehung seiner Eltern zu stützen.
Zugleich verkörpert der Junge das gemeinsame schlechte Gewissen seiner Eltern. Wenn er wieder einmal "nicht

kann oder nicht will oder Außenseiter ist", dann, so meinen sie, "merken wir, daß wir was falsch gemacht haben".
In solchen Situationen werden die gemeinsamen Bemühungen der Eltern zu Anstrengungen, die von einem strengen Gewissen diktiert werden, ihren Kindern besonders gute Eltern zu sein und vor allem sich zu bemühen, miteinander auszukommen.
Wolfgang reagiert äußerst empfindlich auf Streitigkeiten zwischen seinen Eltern. Er beschäftigt sich viel mit der Frage, wie er ängstigenden Gefahren ausweichen kann. Oft hat er große Angst vor Schlangen: "Im Bett hab'ich oft Angst, daß 'ne Schlange kommt und mich beißt. Die tut Gift sprühen und beißen."
Eine seiner phantasierten Möglichkeiten, mit solchen Gefahren fertig zu werden, besteht darin, hoch oben auf einem großen Bagger sitzen zu können, "so einem ganz gefährlichen Ding", gepanzert und unangreifbar, auf einem Raupenbagger, der notfalls die ganze Erde um sich herum einebnen kann. Seine tatsächliche Möglichkeit aber, mit befürchteten Attacken und Angriffen fertig zu werden, besteht in Bemühungen, sich gleichsam unsichtbar zu machen. So schildert er, wie er sich "Reibereien" mit Klassenkameraden entzieht, indem er sich lautlos, vorsichtig und ganz langsam räumlich entfernt "so, wie man das macht, wenn man einer Schlange oder einem Haustier gegenübersteht". Er geht langsam und lautlos weg, versteckt sich hinter einem Gebüsch und wird nicht mehr gesehen. Erst jetzt fühlt er sich sicher. Gelingt dieses tatsächliche Ausweichen nicht, flüchtet er sich - manifest reglos - in Phantasien, er sei für andere völlig unsichtbar.

JUTTA

Die Eltern des 9jährigen Mädchens sind geschieden. Jutta lebt als Einzelkind bei der Mutter.
Die Geburt des Kindes war in den Augen der Mutter der Grund für die Trennung der Eltern. Bis zum Zeitpunkt der Schwangerschaft habe sie zu Juttas Vater eine sehr gute Beziehung gehabt, aber dann habe der Vater das Kind nicht gemocht. Sie, die Mutter, habe sich für ihre Tochter entschieden.
Juttas Mutter ist eine sehr hart wirkende, alle Gefühlsregungen bis hin zur totalen Kontrolle und jederzeitigen Gefaßtheit unterdrückende Frau, die nie weichere Seiten bei sich zulassen darf. Als sie nach zehn diagnostischen Sitzungen gemeinsam mit ihrer Tochter erstmals spürbar bewegt ist von Sehnsucht danach, selbst Zuwendung und Liebe von anderen zu empfangen, notiert der Untersucher für sich: "Ich spüre in diesem Moment Sorge, die kontrollierte Gefaßtheit der Frau könnte mit einem Mal völlig in sich zusammenbrechen, und es bleibt nichts als Elend und Kummer."

Die Mutter hat in ihrer eigenen Kindheit nie zärtliche mütterliche Zuwendung erfahren können. In Entwicklungsphasen, in denen sie ihre eigene Mutter gebraucht hätte, wurde von ihr völlige Selbständigkeit verlangt. Zuwendung erfuhr sie lediglich vom Vater, indem sie sich auf der von ihm geforderten Leistungsschiene entwickelte.
Juttas Mutter ist berufstätig und in ihrem Beruf relativ erfolgreich. Sie wünscht sich Jutta als ein aktives, selbständiges, bei anderen beliebtes Kind, das Schwierigkeiten alleine bewältigen kann. Jutta soll sich von ihrer Mutter ablösen, sich selbständig machen, gut lernen, mit sich selbst auskommen können, eben so,

wie es von der Mutter in deren eigener Kindheit gefordert wurde.
Juttas sehr auffällige, ausgeprägte regressive Verhaltensstörungen sind für die Mutter nicht nur unangenehm und lästig, sondern Anlaß erheblicher Kränkungen. Das Kind quakt, nörgelt, ist mit der Mutter nicht zufrieden, lernt nicht, widersetzt sich hartnäckig allen Leistungsforderungen. Sie tut das, was die Mutter selbst nie hat tun dürfen.
Während die Mutter zugleich unzufrieden mit ihrer Tochter ist und sie abschieben möchte, vermag sie Jutta andererseits doch nicht auf ihrem Weg zu Eigenständigkeit hin zu begleiten. Die Tochter ist, so meint sie, "meine einzige Freundin, der einzige liebe Mensch", den sie habe. Jutta und sie, die Mutter, seien ganz alleine und hätten nur sich.
Jutta soll ihre Mutter entschädigen dafür, daß sie sich "um ihretwillen" von ihrem Mann getrennt hat, indem sie sich "zur Freude der Mutter" entwickelt, eigenständig ist, ohne Zärtlichkeits- und Intimitätswünsche, und ohne nach der Nähe der Mutter, von der diese sich eingeengt fühlt, zu verlangen. Aber ebenso braucht die Mutter ihre Tochter, als den "einzigen lieben Menschen", als einzig zur Verfügung stehende Quelle "emotionaler Nahrung", ohne die sie sich selbst leer, verlassen und vereinsamt fühlen müßte. Ein "lieber Mensch" in diesem Sinne kann Jutta aber nur solange sein, wie sie sich im Sinne des Ideals ihrer Mutter entwickelt. Tut sie das nicht, wird sie für ihre Mutter zum Anlaß von Kränkungen und in ihrer Funktion wertlos.

SIGRID

Die Patientin, die jüngere von zwei Schwestern, wurde ein Jahr nach dem Tod eines Bruders geboren. Ihn sollte sie in der Familie ersetzen. Von Geburt an hat sie die Aufgabe, Leere, Depressivität in der Familie aufzufüllen, Trauer und Kummer nicht aufkommen zu lassen, eine Aufgabe, die sie bis heute beibehalten hat.
In der Familie herrscht ein Klima von Leere und dumpfer Öde vor. Die Mutter ist eine schwerfällige Frau, blaß, wenig ausdrucksvoll, wirkt wie gleichförmig dumpf. Sie ist fettsüchtig. Der Vater ist auf den ersten Blick ein recht aktiver, jovialer Mann, der "was losmachen kann". Seine Aktivitäten in Vereinen, im Garten oder in der Berufsarbeit sind jedoch Ausdruck eines Rückzugsverhaltens aus der Familie hin in ein "reizvolleres Klima".
Sigrid, das ekzemkranke Mädchen, soll - so kommt es auch in den Gesprächen mit der Familie zum Ausdruck - immer wieder "mal was sagen... mal mehr aus sich raus gehen und auch mal für Stimmung sorgen", immer dann, wenn sich die dumpfe Öde und Leere unter den Familienmitgliedern wieder breit macht. Kaum jemals kommt es zu einem direkten Wortwechsel zwischen Vater und Mutter. Immer erneut macht sich in den gemeinsamen Gesprächen dumpfes Schweigen breit, gefolgt von der Aufforderung an die ekzemkranke Tochter, "auch mal was herzumachen".
Nachdem die ältere Schwester ihren Eltern gegenüber zunehmend deutlich zum Ausdruck gebracht hatte: "Ihr habt euch nichts zu sagen, im Grunde schon die ganzen Jahre nicht", daß es im Grunde keine Gemeinsamkeiten im Familienkreis gebe, wird Sigrid aufgefordert zu bestätigen, daß das doch nicht stimmen könnte.

Die ekzemkranke Tochter soll in dieser Familie Spenderin von Freude und belebenden Reizen sein, in einem freud- und lustlosen Kreis. Sie wird materiell mit vielem versorgt. Bisweilen rütteln die Eltern geradezu gemeinsam an ihr, fordern sie auf, doch zu erkennen zu geben, daß es ihr gut gehe oder daß ihr ein kürzlich geschenktes Pony Freude bereite. Das Mädchen scheint diese Bemühungen der Eltern still über sich ergehen zu lassen. Sie wirkt wie in Apathie, Resignation und Interesselosigkeit versunken.

Nur einmal hört sie dem Gespräch mit gespannter Aufmerksamkeit zu, wirkt wacher und interessierter, angespannter in ihrem Stuhl sitzend, aufrechter und konturvoller, als die Mutter erstmals vorsichtig und in allerersten Ansätzen beginnt anzudeuten, daß sie sich in ihrer Ehe unbefriedigt fühlt. Jetzt bemüht sich der Vater erneut, alle Schwierigkeiten zu verleugnen, und er fordert Sigrid auf, der Mutter deutlich zu machen, daß alle in dieser Familie vollkommen zufrieden seien.
Dieses Ereignis wird zum Ende der gemeinsamen letzten Sitzung. Die Familie bricht die gemeinsamen Gespräche ab mit der Begründung, Sigrids Haut sei nicht besser geworden. Man wolle jetzt zur Kur mit ihr an die Nordsee fahren.

REINHARD

Der 10jährige, nicht ehelich geborene Junge lebt nach langem Hin und Her heute bei seiner Mutter. Die Mutter erscheint als eine sehr selbstunsichere, depressive und unglückliche Frau. Ihrem Sohn steht sie weitgehend hilflos gegenüber.
Schon während der Schwangerschaft fand sie keinen inneren Bezug zu ihrem Kind. Auch das neugeborene Kind blieb ihr fremd. Sie hätte, so meint sie, ihr Kind wohl nicht so recht gewollt. Reinhard war eine Frühgeburt und mußte nach seiner Geburt mehrere Wochen in der Klinik bleiben. Während der ersten Lebensjahre wird er vorwiegend von seinen Großeltern versorgt, die in einem einige Kilometer entfernten Ort wohnen, während die Mutter ihrer Berufstätigkeit nachgeht. Sie fährt häufig zu dem Kind hin, hält auf diese Weise die Verbindung aufrecht und ist für das Kind doch als Mutter nicht anwesend. Später gibt die Mutter ihren Sohn zu dessen leiblichem Vater und seiner Frau. Auch dort ruft sie täglich an, um mit ihrem Kind in Verbindung zu bleiben, ohne jedoch mehr als eine gestaltlose Stimme für das Kind zu werden. Wegen ihrer Zweifel, ob sie ihren Sohn haben will oder nicht, sucht die Mutter einen Nervenarzt auf, um diese Frage für sich zu klären. Schließlich nimmt sie Reinhard zu sich.
Jetzt erlebt sie, daß sie mit ihrem Kind nichts rechtes anfangen kann. Wenn der Junge danach verlangt, auf ihrem Schoß zu sitzen oder mit ihr zu spielen, weiß sie nicht, was sie tun soll. Sie meint, so etwas mache und möge sie nicht. Aber sie kann ihn auch nicht loslassen, sich nicht von ihm trennen, weil sie meint, ihn für sich zu brauchen. Sie ist aufs äußerste gekränkt, wenn Reinhard andeutet, daß er die Frau des

Vaters als die "schönere Mutti" lieber möge. Der Junge weckt mit diesen Äußerungen bei ihr starke Schuldgefühle, die sie plagen.
Reinhards Mutter fühlt sich ihrerseits schonungsbedürftig und wenig belastungsfähig. Es soll nicht so sein, daß das Kind etwas von ihr will und von ihr verlangt, daß es mit ihr schmusen und Zärtlichkeiten austauschen will. Sie möchte, daß der Junge sie ihrerseits für die in ihrer eigenen Kindheit vermißte narzißtische Bestätigung, Zuwendung und Liebe entschädigt. So kann sie ihren Sohn nicht loslassen, weil diese Hoffnungen gerade an ihn geknüpft werden. Sie bindet ihn an sich, wobei diese Bindung andererseits von ihrer Seite immer wieder dann unterbrochen und von starren und rigorosen Abgrenzungen durchsetzt wird, wenn Reinhard sich seinerseits von sich aus auf die Mutter zu bewegt und von ihr Zuwendung verlangt, für sich etwas von der Mutter will, während umgekehrt die Mutter die Abgrenzungen des Kindes nicht vertragen kann, wenn ihre eigene innere Zuwendung auf das Kind ausgerichtet wird.

Reinhard scheint wie in einem verzweifelt wirkenden Kampf zu stehen, sich aus der Verstrickung mit seiner selbst so narzißtisch bedürftigen Mutter zu lösen. Sie ist für ihn auf der einen Seite "Wasser, Luft und Brot". Sollte sie einmal nicht mehr da sein, gestorben sein, dann möchte er auch sterben und bei ihr im Grab liegen. Auf der anderen Seite entwickelt er Phantasien, enorm mächtig und stark zu sein, mit 800 Pferdestärken ausgestattet. Seine erträumten Kräfte kann er aber nicht zur Verselbständigung nutzen, da diese Kräfte die Mutter zerstören könnten, so daß sie für ihn auf ewig verloren wäre und er nur

um des Preises des eigenen Unterganges mit ihr verbunden bleiben könnte. Wenn er sie seinerseits tatsächlich aggressiv attackiert, unterläuft die Mutter diese Angriffe, indem sie sagt und sich entsprechend verhält: "Ich weiß ja, daß Reinhard viel Liebe und Zuwendung braucht. Ich habe ein schlechtes Gewissen, weil ich ihm nicht genug davon geben kann."
Abgrenzungsbemühungen des Kindes wecken in ihr Schuldgefühle. "Liebe" ist für sie in dieser Mutter-Kind-Beziehung identisch mit "selbst vom Kind gebraucht werden".

SONJA

Die 10jährige Sonja hat einen ein Jahr älteren Bruder. Die Mutter meint, ihren Sohn möge sie zwar auch, aber er sei weich, nachgiebig und empfindlich. Mit diesen Eigenschaften schlage er nach dem Vater, und das möge sie nicht. Denn der Vater sei völlig unfähig, Zärtlichkeiten zu geben. Der Sohn werde, so meint die Mutter, wie der Vater wohl einmal einen praktischen Beruf ergreifen.
Die ekzemkranke Sonja sei dagegen ihr selbst ähnlich. So werde Sonja auch, wie sie selbst, einmal einen sozialen Beruf haben. Sonja sei sehr anhänglich. Wo sie, die Mutter hingehe, halte Sonja sich auch auf. Die Mutter fühlt sich wie auseinandergerissen, wenn vorübergehende Trennungen zwischen ihr und ihrer Tochter unvermeidlich werden. Durch Hausarbeit, Kinder und Beruf fühlt sie sich sehr überlastet. Von niemandem bekomme sie Anerkennung. Manchmal verliert sie sich in langen Klagen über ihre schlechten und bösartigen Schwiegereltern. Ihre eigene Kindheit schildert sie als hart und entbehrungsreich.

Nur Sonja sei für sie "ein guter Kamerad". Sie, in der die Mutter ihr eigenes Abbild sieht, hilft ihr, unterstützt sie und ist ihr auch Ratgeber in ihren alltäglichen Sorgen und Nöten. Eigene Ansprüche und Wünsche darf Sonja aber nicht haben. Sie darf nicht von sich aus nach Zuwendung ihrer Mutter verlangen. Das würde von der Mutter als Einschränkung und neuerliche Last erlebt. Wenn Sonja Zuwendung von ihrer Mutter möchte, antwortet ihr die Mutter mit Forderungen nach Selbständigkeit. Wenn Sonja sich selbständig machen und eigene Wege gehen will, antwortet die Mutter ihr mit Bemühungen, ihre Tochter festzuhalten, weil ihre einzige Quelle von Zuneigung und ihr "gutes Abbild" verloren zu gehen drohen.
Der Vater hat in der Familie eine randständige Rolle. Im Grunde scheint er sehr einverstanden zu sein damit, daß seine Tochter ihm die klagende, unzufriedene Frau vom Halse hält.
Im Verlauf ihrer ersten beiden Lebensjahre habe Sonja nur geschrien, Tag und Nacht, ohne Unterbrechung, aber man habe keine Ursache dafür gefunden. Die Eltern waren ganz mit dem Schreien des Kindes beschäftigt, und hatten selbst nachts keine Zeit für sich. Zu dem Zeitpunkt, als das Schreien des Kindes aufhört, wird es nachts unvermittelt ins Ehebett der Eltern geholt und schläft zwischen ihnen. Jetzt, so meint die Mutter, sei das ja möglich gewesen, weil das Kind nicht mehr geschrien habe. In jedem Fall, so scheint es, muß das Kind eine grenzziehende Funktion zwischen den Eltern erfüllen. Aber Sonja trennt ihre Eltern nicht nur, sie verbindet sie zugleich: im wörtlichen Sinne trennt sie ihre Eltern im Ehebett und dient dazu, direkte Begegnungen und Nähe zwischen ihnen zu verhindern. Ihren Vater schützt sie vor seiner nie

zufriedenzustellenden Frau. Aber dadurch, in ihrer Rolle als Trösterin und Helferin sowie Ratgeberin ihrer Mutter, entlastet sie den Vater von diesen Seiten seiner Frau und hilft, die Ehebeziehung zu stabilisieren.

PETER

Der 11jährige Peter ist das ältere von zwei Kindern. Er ist Intimus und Helfer seiner Mutter. Sie weiht ihn in ihre eigenen alltäglichen Sorgen und Nöte schrankenlos ein. Der Vater bemüht sich nach Kräften, sich aus allen Schwierigkeiten in der Familie herauszuhalten. Stillschweigend scheinen Vater und Mutter über dieses Arrangement in der Familie Übereinkunft getroffen zu haben. Peters Mutter meint, sie könne mit ihrem Mann ohnehin nicht reden und sie versuche es auch nicht. Ihr Mann bestätigt das; Probleme in der Familie bekäme er sowieso nicht mit. Ihren Mann vernachlässige sie, so berichtet die Mutter, ihrem Sohn Peter dagegen sei sie sehr zugetan. Dies berichtet Peters Mutter in Gegenwart des Vaters, und der Vater stimmt ihr bestätigend zu.
Besonders ausgeprägt war diese Verteilung zwischen Vater, Mutter und Peter zu der Zeit, als die Mutter mit der 4 Jahre jüngeren Schwester von Peter schwanger war. Diese Schwangerschaft war für sie sehr belastend: sie konnte nur wenig essen, nahm stark an Gewicht ab, hatte manchmal Schmerzen und mußte die letzten Wochen vor der Geburt im Krankenhaus verbringen. Zu dieser Zeit sei Peter ihr eine sehr große Hilfe gewesen. Damals weihte die Mutter den 4jährigen Jungen in ihre

Kümmernisse ein, erzählte ihm von ihren Beschwerden und bereitete sich in ihrem Erleben "mit ihm gemeinsam auf die Geburt des zweiten Kindes" vor. Schon damals sei Peter nicht wie ein Kind gewesen, vielmehr wie ein Partner und Freund. Peter hatte dafür einen hohen Preis zu zahlen: er durfte vor der Mutter keine Geheimnisse haben. Sie war gekränkt, wenn nicht auch das Innerste ihres Sohnes ihrem Blick zugänglich war.

Damals wie heute liegen beide öfters gemeinsam auf dem Sofa, streicheln sich gegenseitig und sprechen über ihre gemeinsamen "kleinen Geheimnisse". Vergleichbare Zärtlichkeiten sind zwischen den Eltern äußerst selten.

Peter hat nach Angaben der Eltern panische Angst, wenn es zu Streitereien oder Auseinandersetzungen zwischen Vater und Mutter kommt. Wie verzweifelt versucht er dann, zu schlichten und beide zu beschwichtigen. Er fürchtet sehr, daß der Vater ihn verläßt und ihn seiner Mutter alleine überlassen könnte. Der Vater, der selbst die Volksschule abgeschlossen hat, erwartet von seinem Sohn, daß dieser das Gymnasium, mindestens aber einen Realschulabschluß absolviert. Dies ist seine Bedingung, die er stellt, damit er mit seinem Sohn einverstanden sein kann. Peters Angst, in seinen schulischen Leistungen zu versagen, ist groß. Vor Klassenarbeiten in der Schule tritt bei ihm regelmäßig Juckreiz auf.

Peters Wunsch, der bindenden Rolle des Helfers und Intimus seiner Mutter zu entkommen, wird nur versteckt deutlich. So teilt er u. a. seine Vorstellung mit, daß er, hätte er nur sehr viel Geld, ein riesiges Luxushaus kaufen würde, in dem alle, aber auch alle Verrichtungen automatisch geregelt werden und in dem seine Mithilfe überflüssig würde.

KURT

Der 12jährige Kurt hat in der Familie die Rolle des Helfers und Trösters der Mutter. Als sei er selbst davon betroffen, schildert er die anstrengende Halbtagsarbeit seiner Mutter, die vielen Lasten, die ihr dort begegnen, die sie überfordernden Verrichtungen im Haushalt, ihre beeinträchtigenden körperlichen Beschwerden, ihre zu Klagen Anlaß gebenden Kopfschmerzen. Weil die Mutter es so schwer habe, nimmt er ihr viel Arbeit ab, erledigt Einkäufe, macht kleine Handreichungen und versucht immer erneut, ihr durch unaufgeforderte Hilfen Freude zu bereiten und ihr ein freudespendendes Kind zu sein.
Die Hoffnungen der Mutter, von ihrem Mann Liebe, Rücksichtnahme, Zuwendung, Zuneigung zu erhalten und einen Teil ihrer alltäglichen Lasten, zu Klagen Anlaß gebenden Nöte und Besorgnisse abgenommen zu bekommen, hat sie inzwischen aufgegeben. Ihr Mann trägt zum Unterhalt der Familie bei. Er kann die Unzufriedenheit seiner Frau nicht sättigen. Diese Rolle ist inzwischen Kurt, dem ekzemkranken Kind, zugefallen.
Während seines Kliniksaufenthaltes wird Kurt sehr selten von der Mutter besucht, obwohl ihr Arbeitsplatz sich in einem Nachbargebäude befindet und ihre Berufstätigkeit kurze Abwesenheiten von ihrem Arbeitsplatz durchaus zulassen würde. Bei einem dieser seltenen Besuche läuft der Junge seiner Mutter entgegen. Die Mutter beginnt zu weinen und wendet sich ab in dem Moment, als ihr Sohn sie in die Arme nehmen will. Daraufhin meint der Junge: "Brauchst doch nicht zu weinen, Mutti." Erst in diesem Moment wendet sich die Mutter ihm zu.

Der Junge soll die Unzufriedenheit, die zahlreichen Enttäuschungen und täglichen Belastungen der Mutter durch helfende Rücksichtnahme und in Umkehrung der Generationengrenzen durch tröstende Zuwendung ausgleichen. Aber er darf selbst von der Mutter keine Zuwendung erwarten, wenn er sie für sich haben möchte.
Als die Mutter bei einem weiteren ihrer seltenen Kliniksbesuche den Raum verlassen will, in dem sie mit dem Arzt gesprochen hatte, steht Kurt vor der Tür. Der Junge bittet sie, sie möge doch mit ihm ein bißchen vor der Klinik spazieren gehen. Daraufhin weist ihn die Mutter in gereizt-ablehnendem Tonfall ab: "Ich muß sofort weg." Kurt ist sichtlich enttäuscht und meint, man könne doch vielleicht wenigstens fünf Minuten spazieren gehen. Aber seine Mutter weist ihn erneut ab mit der Bemerkung, daß er doch gehört habe, daß sie sofort weg müsse.

KLAUS

Die Bedeutung des 13jährigen Jungen für seine Eltern und deren Beziehung konnte in Gesprächen mit den Eltern nicht geklärt werden. Der ekzemkranke Junge verhinderte durch eigene Bemühungen die vereinbarten Gespräche dadurch, daß er einen Termin für das Zusammentreffen vereinbaren ließ, zu dem er, wie er vorher gewußt hatte, bereits entlassen war.
Die folgenden Angaben aus der Perspektive des Kindes können deshalb nur sehr vorläufig betrachtet werden.

Klaus erlebt seine Familie als ein zusammenhängendes Ganzes, dessen einzelne Teile einander völlig ähneln und je einzeln die Funktion haben, das Ganze zusammenzuhalten. So beschreibt er seine Familie u. a. als eine Kette, deren einzelne Glieder einander gleichen und in der jedes Glied das andere hält. Es gibt die einzelnen Glieder als je abgegrenzte einzelne, zugleich sind sie aber untrennbar ineinander verzahnt. Immer wieder betont Klaus die totale Einigkeit und den absoluten Zusammenhalt in seiner Familie.

Leise Zweifel an seiner Mutter klingen nur sehr versteckt an. Er berichtet, daß er von ihr als Kleinkind immer "Opa" genannt wurde, fügt jedoch sogleich hinzu, dies sei ja nur wegen seiner Falten auf der Stirn geschehen und nicht weiter ernst zu nehmen. Er berichtet auch, daß man seiner Mutter nach seiner Geburt in der Klinik zunächst ein falsches Kind "angedreht" habe, um ebenso schnell hinzuzufügen, daß seine Mutter dies "natürlich" sofort gemerkt und in ihm ganz zweifelsfrei das richtige Kind habe. Manchmal klingen Schilderungen seiner Mutter an, die wie Verführungsangebote klingen: so habe er die Mutter bei der Geburt der jüngeren Schwester auf dem Weg in die Klinik begleitet und ihre Hand gehalten, nicht aber der Vater, der nicht dagewesen sei.
Wiederholt deutet Klaus an, daß es mit ihm "keine Reibungen" gebe und daß er seinerseits alle "Reibereien" verhindere. In der Familie, zwischen den Eltern, in der Beziehung zu seiner Schwester muß er diese Aufgabe, es nicht zu Reibungen kommen zu lassen, wie zwanghaft übernehmen.
Auch außerhalb der Familie muß er für "Reibungsfreiheit" sorgen. Schon im Kindergarten habe es zwei Gruppen gegeben, die brutalen Bauernjungen und "die

aus der Siedlung", und das habe sich "gerieben". Er aber habe sich nicht "gerieben", habe immer ausgeglichen und dafür gesorgt, mit beiden Parteien gleich gut auszukommen.
Bei dem Test "Familie in Tieren" vergleicht er seine Familie mit einem Wolfsrudel. Zugleich betont er, daß es sich dabei um Wölfe handele, die niemanden angreifen. Es seien Wölfe, die sich nur gegenseitig schützten. In einem zweiten Ansatz identifiziert er die Mutter als eine ihre Jungen beschützende Löwin, den Vater als Papagei, der außerdem ein Löwe sei. Über seine eigene Tieridentifikation grübelt er lange nach, weil er sich nicht festlegen mag und kein Tier findet, das zahlreiche verschiedene Bedingungen erfüllt: es müßte ein Tier sein, das sich total an seine Umgebung anpassen kann, das nicht aggressiv ist, das nie in Gefangenschaft gerät und das niemals Angriffen von außen ausgesetzt sein kann.

RENATE

Renate ist das älteste von drei Geschwistern. Ihre eigene Situation in der Familie vergleicht sie mit einer "Dienerrolle".
Ihre Mutter ist berufstätig, fühlt sich überlastet und hat wenig Zeit. Renate nimmt ihr viele Arbeiten ab. Aber die dafür insgeheim erhofften Entlohnungen fließen ihr nicht zu. Sie fühlt sich in der Familie als "die Doofe" und "das Trampeltier", an dem die anderen ihren Ärger und ihre Wut abreagieren. Sie kann sich weder zur Wehr setzen noch sich entziehen. Sie selbst fühlt bei sich keinen Ärger und keine Wut;

sie ist zutiefst resigniert. Aus dieser Resignation heraus kommt sie der Rolle der Dienerin in der Familie entgegen, wobei ihre Resignation immer wieder von Hoffnungen durchbrochen wird, doch noch für ihre selbstverleugnende Hilfe mit der in der Familie immer vermißten Zuneigung entlohnt zu werden.
Zu ihrem Vater fühlt sie sich stärker hingezogen und ersehnt von ihm Befreiung aus ihrem Magddasein, in dem Sinne, daß er sie von der Mutter weg zu sich hinziehen möge.
Die Rolle der Helferin hat Renate auch in ihrer Schulklasse. Dort jedoch erhält sie ein Minimum an Gratifikationen, kann sich dort nützlich fühlen, indem sie den Klassenkameraden bei deren Schulaufgaben hilft. Wenn die anderen sie dort ausnützen, erlebt sie dies als "Gebraucht-Werden" und als Ausdruck ihrer Zuneigung.

Die Rolle der Dienerin in der Familie zu verlassen ist eine Vorstellung, die für Renate nicht existiert, weil sie von unerträglichen Schuldgefühlen begleitet wäre. Diese Schuldgefühle beziehen sich insbesondere auf die Mutter. Abwendungen von ihr würden diese schädigen und könnten sie unglücklich machen.
Auch Renate hat panische Angst vor Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und muß wie zwanghaft beschwichtigend eingreifen. Solche Streitigkeiten seien noch schlimmer als ihre Dienerrolle, so meint sie, und in solchen Situationen gehe es "mit dem Ekzem los".

Inzwischen ist Renate ein so weitgehend resigniertes Mädchen, daß sie sporadisch unter Depressionen leidet und "manchmal gar nicht mehr leben möchte".

ELISABETH

Die Eltern des 15jährigen Mädchens sind geschieden. Nach einer langen gerichtlichen Auseinandersetzung um das Sorgerecht für Elisabeth lebt das ekzemkranke Mädchen seit kurzem bei ihrem Vater und dessen zweiter Frau.
Der Vater schildert seine erste Frau als einen durchweg schlechten, wertlosen und unzulänglichen Menschen. Zugleich berichtet er so gut wie nichts über seine Beziehung zu ihr und ihre Beziehung zu ihm. Er kennzeichnet sie ausschließlich in Hinblick auf ihre Rolle als Mutter von Elisabeth. Sie habe sich nie für Kinder interessiert, habe keine Muttergefühle gehabt, sei zu Zärtlichkeiten ihren Kindern gegenüber unfähig gewesen, unfähig insgesamt, mit den Aufgaben einer Mutter fertig zu werden. Offenbar, so ist nur zu ahnen, ist es zwischen den Ehepartnern immer wieder zu endlosen Rechthabereien darüber gekommen, wie die Kindererziehung auszusehen habe. Seine Frau gab ihm zu verstehen, daß er "ein schlechter Mann" sei, während er ihr zum Vorwurf machte, daß sie "eine schlechte Mutter" sei.
Ihre Unzufriedenheit und ihre an ihn gerichteten Vorwürfe waren ihm unerträglich. Von dieser Unzufriedenheit war er zumindest dann teilweise befreit, wenn es nicht um ihn, sondern um seine Tochter Elisabeth ging. Implizit versuchte er seine Frau von sich abzulenken, und ihre Aufmerksamkeit auf Elisabeth zu fixieren, wie wenn er ihr sagen wollte: "Schau nicht mich an, schau unsere Tochter an. An ihr erkennst du, daß du unzulänglich bist." Elisabeth hatte für ihn die Funktion eines Puffers, der es ihm möglich machte, von seiner Frau nicht als unzulänglicher Mann angeklagt

zu werden und sich selbst nicht direkt mit ihr und seiner Rolle als Mann auseinandersetzen zu müssen.

Elisabeths Vater ist ein äußerst aggressionsgehemmter, weicher, von Schuldgefühlen geplagter, unter einem strikten moralischen Diktat lebender Mann mit ausgeprägten zwanghaften Charakterzügen. Er verabscheut alles Laute, alles Starke, alles zu Direkte. Vorgesetzte, die, wie er sagt, "einfach so klare Verhältnisse schaffen und Anweisungen geben", seien ihm zuwider. Dennoch ordnet er sich ihnen manifest ohne Widerspruch und Widerstand unter und fügt sich wie willen- und konturlos den jeweilig bestehenden Verhältnissen ein.
Im Verlaufe ihrer Entwicklung steht Elisabeth einmal ganz auf der Seite der Mutter, um mit ihr die Überzeugung zu teilen, daß der Vater durch und durch schlecht sei; dann wieder ist es umgekehrt. Dieses Hin-und-Her-Gezerrtwerden zwischen mütterlichem und väterlichem Terrain zieht sich bis in den mehrjährigen Rechtsstreit um das Sorgerecht für das Kind hinein. Auch heute noch wird Elisabeth vom Vater als Zeugin für die Schlechtigkeit ihrer leiblichen Mutter benutzt.
Die Beziehung von Elisabeths Vater zu seiner zweiten Frau stellt sich in mehreren Ehepaargesprächen dar. Auch seine zweite Frau ist außerordentlich kränkbar, unzufrieden und unbefriedigt. Die jetzt 15jährige Elisabeth wird in dieser Beziehung erneut als Ursache der unbefriedigenden Ehe angeklagt. Elisabeth soll sich ändern, damit die Stiefmutter zufriedener sein kann. Auch jetzt hat Elisabeth wieder die Funktion eines Puffers. Vater und Stiefmutter klagen sie gemeinsam an, "Schuldige" zu sein, die das Glück der Eltern verhindere. Ansätze zu klärenden Auseinandersetzungen

zwischen den Ehepartnern werden im Keim erstickt mit Hinweisen auf die abwesende Elisabeth, die Ursache und Grund für alle anliegenden Unzufriedenheiten und Vorwürfe sei.
Elisabeths Vater möchte im Grunde von einer guten Mutter versorgt werden, aber die erhoffte Mutter ist eine unzufriedene Frau. Elisabeth sei es, die sie unzufrieden mache.
Seine Frau möchte einen starken, konturierten und sie befriedigenden Mann, der er nicht sein kann. Er aber halte, so meint sie, doch immer nur zu Elisabeth und enthalte ihr vor, was sie für sich haben wolle. So gilt Elisabeth, die doch als Puffer gebraucht wird, im Grunde als Verursacherin und Schuldige dessen, was beide Ehepartner in ihrer Beziehung zueinander vermissen.

BERND

Für das, was in der Familie erlaubt und verboten ist, gibt es strenge und wie veräußerlicht wirkende Normen und Vorschriften, die auch die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander regeln. Spontanere Gefühlsäußerungen, Freude, Zärtlichkeit, Zuneigung, Streit oder Reibereien kommen nicht vor. Der jüngere Bruder des ekzemkranken Patienten ist freier in seinen Gefühlsäußerungen als der Patient selbst. Er spielt draußen mit Kameraden, tobt und rennt umher, was von beiden Eltern aber mit Sorgen begleitet wird, dieser Junge könne eines Tages verwahrlosen.

In den Augen seiner Frau lebt der Vater in einer ebenso interessanten und reizvollen wie gefahrvollen Welt. Mit seiner Arbeit geht er in diese Welt hinaus, lernt dort Menschen kennen, erlebt Neues und Unbekanntes, begegnet dort Gefahren und Versuchungen. Die Mutter neidet ihm diese Möglichkeiten zwar, muß aber selbst an ihrem Platz im Hause bleiben, weil es dort draußen für sie zu viele Gefahren und Versuchungen gibt, denen sie sich nicht gewachsen fühlt. Manifest klagt sie zwar darüber, daß sie zu Hause bleiben müsse und nur für Haushalt und Kinder zu sorgen habe. Zugleich braucht sie diesen sicheren Platz zu Hause aber auch und kann nur passiv-partizipierend an den gefahrvollen Reizen der Außenwelt teilnehmen, denen der Vater sich zuwendet.
In ihrem Mann weckt sie Schuldgefühle, indem sie ihm wegen seines "interessanten Lebens" Vorwürfe macht, während sie selbst doch nur zu Hause sitzen müsse. Als Entschädigung verlangt sie von ihm, daß er als "Dienstmann" in der Familie fungiert. Er selbst möchte nichts zu tun haben mit den Klagen, Vorwürfen und Nöten seiner Frau, möchte seinen beruflichen Aktivitäten ungehindert nachgehen können und statt von einer klagsamen, von einer nur freundlichen und liebevollen Frau bei seiner Rückkehr am Abend empfangen werden.

Bernd's Mutter ist eine depressive, ängstliche, überbesorgte und unzufriedene Frau, deren Kummer, Sorgen und Nöte mit Kindern und Haushalt sich der Vater am liebsten "vom Halse geschafft" wissen möchte. In dieser von wechselseitiger Unzufriedenheit geprägten Ehebeziehung hat Bernd eine wichtige Rolle. Er muß im Erleben der Eltern behütet werden und darf somit nicht selbständig werden. Solange er keine eigenen Wege gehen kann, muß ja die Mutter zwangsläufig zu Hause

bleiben, darf sich ihrerseits nicht verselbständigen, in die gefahrvolle Außenwelt nicht hineingehen, was sie ohnehin nicht kann, da sie deren Versuchungen fürchtet. Indem von Bernd aber gesagt werden kann, daß er die mütterliche Pflege benötige, ist es nicht die Mutter, die die Außenbeziehung meiden muß, sondern es ist Bernd, der die Schuld dafür trägt, daß sie sich ihren ungeliebten familiären Aufgaben widmen muß. Solange Bernd die Rolle des abhängigen, auf Pflege und Versorgung angewiesenen Kindes hat, muß die Mutter seinetwegen in ihrer scheinbar nicht befriedigenden Rolle der Dienstmagd in der Familie verbleiben, während der Vater seinem Leben außerhalb der Familie weiter nachgehen kann, "weil ja einer das Geld verdienen muß". Letztlich wäre das Problem zwischen den Eheleuten auf Dauer gelöst, wenn Bernd ein Pflegefall würde: dann müßte die Mutter langfristig für ihn sorgen, wäre endgültig an das Haus gebunden, während dem Vater "nichts anderes übrig bliebe", als sich seinen beruflichen Aktivitäten zu widmen, was dann aber ganz als "Pflichterfüllung" für die Familie legitimiert werden könnte.

So steht Bernd zwischen den Eltern: mit seiner Hilfe kann die Mutter sagen: Ich muß ja zu Hause bleiben, weil Bernd mich braucht; der Vater kann sagen: Ich muß mich ja ganz meinem Beruf widmen, weil die Frau nicht selbst berufstätig sein kann und zu Hause bleiben muß.
Für beide Eltern hat Bernd somit eine wichtige Funktion. Dem Vater kommt es entgegen, wenn das unselbständige Kind zum Grund für die Klagsamkeit und Unzufriedenheit seiner Frau erklärt werden kann und ihn selbst

deren Anklagen damit nicht mehr treffen können. Seine Frau, die Verselbständigungsschritte selbst sehr fürchtet, hat mit dem von ihr abhängigen Kind einen Grund, mit dem sie ihre innere Abhängigkeit zum äußeren Zwang erklären kann.

Betrachtet man nun die Darstellungen zur Rolle der ekzemkranken Kinder in ihren Familien im Zusammenhang, so drängt sich der Eindruck auf, daß sie zumindest in einem Aspekt bemerkenswerte Ähnlichkeit aufweisen. Diese Ähnlichkeit läßt sich in Abwandlung eines Ausdrucks von WINNICOTT (1960) folgendermaßen charakterisieren: Es hat den Anschein, wie wenn es im Verlaufe der Entwicklung der Kinder weniger darum geht, daß sie mit "ausreichend guter Mütterlichkeit" versorgt werden; vielmehr scheint als Problem im Vordergrund zu stehen, daß die Mütter darauf angewiesen sind, "ausreichend gute" Kinder zu haben. Als Aufgabe steht nicht in erster Linie an, daß die Mütter ihre Kinder mütterlich versorgen, vielmehr scheinen umgekehrt die Kinder es zu sein, die ihre Mütter "emotional versorgen" und deren Selbstwertregulierung stabilisieren müssen.

In jenen Fällen, in denen die Mütter der ekzemkranken Kinder selbst eingehend untersucht werden konnten oder sogar aus längerfristigen psychotherapeutischen Behandlungen bekannt waren, traten deren narzißtische Störungen, zumeist in Form ausgeprägter neurotischer Depressionen, deutlich zutage. Von diesen Müttern können die Kinder gleichsam nicht "in ihrem eigenen Recht" als Kinder mit kindgemäßen und narzißtischen Bedürfnissen anerkannt werden. Sie müssen statt dessen Funktionen für ihre Mütter erfüllen, mit denen sie deren innerpsychische Homöostase steuern helfen. Die Kinder sollen nett sein, zufrieden, artig, rücksichtsvoll, ordentlich, sollen grenzenloses Vertrauen haben, sich die Sorgen ihrer Mütter anhören, lieb sein, freundlich und brav. Insbesondere aber sollen sie so sein, wie die Mütter es jeweils brauchen, damit sie, die Mütter,

nicht im Spiegel ihrer Kinder ihrer eigenen Unzufriedenheit und Depressivität entgegensehen müssen.

Sind die Kinder selbst unzufrieden, haben sie Sorgen, Kummer und Nöte, dann finden sie in ihren Müttern zumeist wenig Unterstützung, niemanden, der ihren Kummer mit ihnen teilt und ihnen bei ihren Nöten hilft. In solchen Augenblicken werden sie in den Augen ihrer Mütter vielmehr zu "schlechten" Kindern. Sie sollen nicht selbst nach mütterlicher Zuwendung ihrer Mütter bedürftig sein, sondern ihrerseits den Müttern zur Verfügung stehen, damit diese ihre eigenen Bedürfnisse nach gefühlshafter Zuwendung stillen können. Bilden üblicherweise Signale des Kindes, mit denen es seine jeweilige Bedürftigkeit zum Ausdruck bringt und die als solche auch von der Mutter interpretiert werden müssen, ein wesentliches Regulativ für die Zuwendung der Mutter zu ihrem Kind, scheint in diesen Fällen die Mutter-Kind-Interaktion primär von den narzißtischen Bedürfnissen der Mütter gesteuert zu werden, die selbst somit Regulativ der Beziehung sind.
Die oftmals ausgeprägt depressiven Mütter haben es schwer, sich in die Lage ihrer Kinder zu versetzen, sich empathisch in sie einzufühlen, um entwicklungsfördernd sich auf deren Bedürftigkeit befriedigend oder versagend einzustellen.

Wie aus einer Reihe von kasuistischen Darstellungen hervorgeht, ist der entscheidende in Frage stehende Faktor dabei jedoch nicht das bloße Vorkommen oder Fehlen gefühlshafter Zuwendung der Mütter zu ihren Kindern. Bisweilen kann es durchaus zu intensiven Zärtlichkeitsbekundungen zwischen Mutter und ekzemkranken Kind kommen, die manchmal den Charakter inzestuöser Verführungsangebote tragen können. Entscheidend ist vielmehr,

daß diese emotionale Zuwendung, dort wo sie vorkommt, nicht von der Bedürfnislage der Kinder, sondern von der der Mütter gesteuert wird. Die Kinder werden aufgrund der narzißtischen Bedürftigkeit ihrer Mütter für deren Zwecke als Funktionsträger narzißtischer Versorgungsquellen gebraucht.

Die Situation der Kinder in ihren Familien ist somit nicht ausreichend beschrieben, wenn sie mit "emotionaler Kargheit", "Mangel an Zärtlichkeit" oder "latenter Feindseligkeit bei manifester Überbesorgtheit der Mütter" zu charakterisieren versucht wird. Charakteristisches Merkmal für die Mutter-Kind-Beziehung scheint vielmehr zu sein, daß die jeweilige psychische Verfassung der Mütter vorrangiges Regulativ dieser Beziehung ist. Auf diese Weise kommt es dazu, daß die Kinder in den Beziehungen zu ihren Müttern sporadisch durchaus Zuwendung erhalten, derer sie bedürfen. Sie erhalten sie jedoch immer nur dann, wenn die Mütter diese Kontaktaufnahme zu ihren Kindern für sich selbst brauchen, wobei die Ausgangslage der kindlichen Bedürfnisse zu eben diesem Zeitpunkt wenig Beachtung findet. In Anlehnung an BALINT ließe sich von einer "Unverträglichkeit" zwischen Mutter und Kind reden, was zu weitreichenden Mißverständnissen der Kinder durch ihre Mütter führt. Wie verschiedene Darstellungen der Rolle der Kinder in ihren Familien zeigen, kommt es häufig vor, daß Klagen, Sorgen oder Unzufriedenheit mit sich selbst auf seiten der Kinder statt sorgende und hilfreiche Zuwendung von seiten der Mütter nach sich zu ziehen, gerade deren oft gekränkten Rückzug bewirken. Die Kinder können gleichsam nicht damit rechnen, auf Unterstützung ihrer Mütter zu treffen, wenn diese nicht

zufällig mit deren Bedürfnissen im Einklang sind. Die Mütter "mißverstehen" die Sorgen ihrer Kinder in diesen Fällen als versteckte Anklagen, mit denen sie sich nicht auseinanderzusetzen vermögen, weil ihr eigenes narzißtisches Gleichgewicht davon angegriffen wird, deren Regulierung ihre Kinder gerade sichern helfen sollten.

Offenbar unterstützen die Väter diese Funktionsverteilung mehr oder minder direkt. Gelegentlich wird die Rolle des Partnerersatzes, die das ekzemkranke Kind für die Mutter spielt, unverhohlen unterstützt. Einige der Väter haben sich aus ihren Familien weitgehend zurückgezogen, und sie stehen ihren Kindern nicht zur Verfügung, um sie im Sinne der Triangulierung aus der Dyade mit der Mutter herauslösen zu helfen. Sie "benutzen" die Kinder, um sich selbst vor der narzißtischen Unersättlichkeit ihrer Frauen zu schützen. In anderen Fällen sind sie direkt daran beteiligt, die Kinder zu Schuldigen für die Unzufriedenheit ihrer Frauen zu erklären. In anderen Fällen wird dies stillschweigend gebilligt, ohne daß sie ihrerseits in diese Schuldzuschreibungsmechanismen eingreifen würden.
Gerade damit aber scheinen die Kinder auch eine Funktion zu erfüllen, mit der sie die Beziehung der Eltern stabilisieren helfen. Indem sie zu Verantwortlichen und Schuldigen an der Unzufriedenheit der Mütter erklärt werden, wird die Elternbeziehung von einem Schuldkonflikt befreit, der dann virulent werden müßte, wenn sich die Frage stellte, ob es nicht in erster Linie ein Problem der Ehepartner untereinander ist, mit ihrer wechselseitigen Depressivität fertig zu werden.

III. Zur Genese von Ich-Funktionsstörungen bei ekzemkranken Patienten

In der Untersuchung der Ich-Organisation ekzemkranker Patienten konvergieren jene zwei Perspektiven, auf deren Unterscheidung SANDLER und ROSENBLATT (1962) hingewiesen haben: der Repräsentanzencharakter, die "representational world" des Ich (SANDLER, ROSENBLATT 1962) auf der einen Seite, das Ich als hierarchisch organisierte Struktur von Funktionen auf der anderen. Der Repräsentanzencharakter des Ich hat in den vergangenen Jahren innerhalb der Psychoanalyse zunehmend an Bedeutung gewonnen und hat teilweise Eingang gefunden in neue theoretische Entwicklungen. Demgegenüber erscheint insbesondere die Genese von Ich-Funktionen weit weniger geklärt, obwohl die Entwicklung von Funktionen des Ich in ihrer Abhängigkeit von phasenspezifischen Verinnerlichungen infantiler Objektbeziehungen und der damit einhergehenden zunehmenden Strukturierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen vielfach untersucht wurde. Nach wie vor herrscht weitgehend Unklarheit insbesondere noch über die von HARTMANN (1939) hervorgehobene Bedeutung primär autonomer Quellen von Funktionen der Ich-Organisation.*)

Wenn nachfolgend versucht wird, die Befunde zu den Ich-Störungen ekzemkranker Patienten im Erwachsenenalter zu verbinden mit den Befunden der ekzemkranken Kinder, so muß die Bedeutung der Ich-Funktionsstörun-

*) HAAN (1979) hat darauf hingewiesen, daß u. a. eine genauere Analyse der primär-autonomen Funktionen durchaus zu weitreichenden Veränderungen der psychoanalytischen Theorie der Ich-Entwicklung führen könnte.

gen im psychosomatischen Krankheitsgeschehen überhaupt und somit auch im Zusammenhang der psychosomatischen Pathologie des endogenen Ekzems zwangsläufig offen bleiben.

Bei der hier untersuchten Gruppe ekzemkranker Patienten stellt sich aufgrund der nach verschiedenen Komponenten vorgenommenen Einschätzung und in Verbindung mit deren klinisch-qualitativer Diagnostik ein Typus von Objektbeziehungen dar, der sich abgekürzt als "komplementäre Einfügung" beschreiben läßt. Der deskriptive Begriff "komplementäre Einfügung" soll zusammenfassend zum Ausdruck bringen, daß bei den Patienten in ihren Beziehungen zu jeweils bedeutsamen Objekten ihr manifestes Verhalten wie ihre jeweilige aktuelle innere Befindlichkeit von diesen Objekten her gesteuert erscheinen. Als Regulativ dieser Steuerung scheinen Signale der Objekte zu fungieren, die von den Patienten als Ausdruck von Unlust der Objekte interpretiert werden und an denen sie sich zu orientieren versuchen, unabhängig von der faktischen Befindlichkeit der Objekte und unabhängig davon, welche Bedeutung das jeweilige Objekt selbst diesen Signalen seinem subjektiven Verständnis nach beimißt. Die wie unrealistisch auch immer verstandenen Unlustsignale sind Anlaß für die ekzemkranken Patienten, sich nach innen wie nach außen hin soweit auf ihr gerade bedeutsames Objekt hin abzustimmen, daß dessen als Ausdruck von Unlust interpretierte Signale ausbleiben. Bildlich ausgedrückt erscheinen die ekzemkranken Patienten in der Beziehung zu für sie aktuell wichtigen Objekten jeweils wie ein von diesen Objekten bestimmter, ihnen zugehöriger komplementärer Teil.

Ob dieser Typus von Objektbeziehungen indessen als Ausdruck einer extrem engen Bindung an eine sog. "Schlüsselfigur" zu verstehen ist, die im unbewußten Erleben der Patienten mütterliche Funktionen erfüllt und mit der sie eine Verschmelzung unbewußt anstreben, wie dies bei Patienten mit Colitis ulcerosa gefunden wurde (vgl. ENGEL 1979; ZEPF, KÜNSEBECK, SITTARO, 1981a, 1981b), erscheint zumindest unsicher. Denn auch bei denjenigen ekzemkranken Patienten, die im Rahmen längerfristiger psychotherapeutischer Behandlungen noch genauer als die übrige Patientengruppe untersucht werden konnten, verbanden sich deren Objektbeziehungen offenbar nicht mit dem unbewußten Bestreben nach Verschmelzung mit dem Objekt. Vielmehr scheint der Objektbeziehungstypus der "komplementären Einfügung" einen defensiven Mechanismus zu implizieren, mit dem Bestreben, die innere Erlebniswelt dem bedeutsamen Objekt gegenüber sorgsam abzuschirmen, nicht aber mit dem Objekt bis zur Ununterscheidbarkeit verschmelzend eins zu werden. Dabei steht offenbar im Vordergrund, daß das jeweils zentral bedeutsame Objekt nicht wie ein Idealobjekt erlebt wird, sondern zuerst einmal als "böses" und gefährliches, von dem vernichtende Entwertung droht. Der Mechanismus der "komplementären Einfügung" erscheint dabei als Ausdruck der Bemühung, dieses archaisch-feindselige Objekt gleichsam zu befrieden und zum Stillstand zu bringen. Die archaische, potentiell verfolgende und entwertende Qualität der Objektrepräsentanz ist dem Bewußtsein der Patienten nicht zugänglich. Wenn ekzemkranke Patienten ihre infantilen und aktuellen Objekte manifest als "gut", "normal" oder "ideal" schildern, dann scheint es sich dabei nicht um einen Ausdruck von deren psychischer Repräsentation zu handeln, sondern vielmehr um einen Ausdruck des Versuches, die "böse"

und jeweils übertragene Objektrepräsentanz vom bewußten Erleben fernzuhalten; die manifest als "gut" erlebten und geschilderten realen oder idealen Objekterfahrungen imponieren als beschwichtigende Bemühung darum, den auf reale Objekte übertragenen archaisch "bösen" Repräsentanzen keine Angriffsflächen zu bieten. Dies würde auch mit der wiederholt beschriebenen Beobachtung auffällig "normalen" Verhaltens psychosomatisch Kranker ("Pseudonormalität"; vgl. z. B. STEPHANOS 1979) in Übereinstimmung zu bringen sein. Ihre manifest auffällig unauffällige Verhaltensnormalität wäre danach als Ausdruck eben jener Anpassungsbemühungen zu verstehen, die hier als "komplementäre Einfügung" beschrieben wurden.

In Hinblick auf funktionale Komponenten der Ich-Organisation ekzemkranker Patienten fällt bereits bei flüchtiger Betrachtung auf, daß die Ich-Funktionen nicht durchweg in gleichem Ausmaß beeinträchtigt sind, ein Befund, der dann verdeckt würde, wenn die Patienten in globaler Weise als "ich-schwach" bezeichnet würden. In diesem Befund bestätigt sich auch die von HARTMANN (1939) aus theoretischer Perspektive betonte Notwendigkeit, die Untersuchung psychischer Struktur durch eine intrasystemische Betrachtungsebene zu ergänzen.

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich im Bild der als Realitätsprüfung zusammengefaßten Komponenten der Ich-Organisation. Während die Wahrnehmung intrapsychischer Erfahrungen, von Gefühlen, Stimmungen, Vorstellungen, Bedürfnissen oder inneren Verboten diffus und ungenau erscheint - ein Befund, der mit jenen als "pensée opératoire" oder "Alexithymie" dargestellten gut übereinstimmt -, imponiert die Komponente der äußeren Realitätsprüfung - wenn auch nicht als unbeeinträchtigt -

so doch als deutlich weniger gestört. Dabei geht in die vergleichsweise bessere Ausprägung der Komponente der äußeren Realitätsprüfung noch ein besonderes Moment ein, demzufolge der "äußere Realitätsraum" im Vergleich zum "inneren Realitätsraum" (FETSCHER 1981) 'überbesetzt' erscheint. Die Patienten fixieren ihre Wahrnehmung und Aufmerksamkeitszuwendung offenbar einlinig auf Sektoren ihrer Umwelt, während die innere Erfahrungswelt demgegenüber eher nur diffus empfunden als bewußt erlebt wird. Dennoch können insbesondere bedeutsame Objekte eher nur nach vergleichsweise groben, der unmittelbaren Beobachtung zugänglichen Verhaltensmerkmalen klassifiziert, kaum jedoch in ihrer je spezifischen Besonderheit beschrieben werden.

Auch die Funktionen des Urteilens fallen bei den ekzemkranken Patienten als deutlich beeinträchtigt auf. Schwierigkeiten, sich auf das jeweilige Gegenüber abzustimmen, was in distanziert-abweisendem, schroffem oder manchmal von anderen als taktlos erlebtem Verhalten zum Ausdruck kommen kann, stehen unter diesem Gesichtspunkt in Zusammenhang damit, daß das eigene Handeln und Verhalten in seinen Wirkungen und Folgen, die es beim anderen hinterläßt und hinsichtlich der Reaktionen, die es provoziert, nur schwer antizipiert werden kann. Vergleichbare Schwierigkeiten, Folgen des eigenen Tuns zu antizipieren, können dazu führen, daß die Patienten wiederholt in Situationen geraten, durch die sie sich selbstschädigenden Folgen ausgesetzt sehen, ohne ihr Verhalten indessen verändern zu können.

Die Steuerungs- und Kontrollmechanismen gegenüber diffus empfundenen Affekt- und Impulsspannungen sind oft starr und brüchig. Gefühle, Bedürfnisse und Impulse können kaum je auf die Situation adäquat abgestimmt werden und moduliert Ausdruck im Verhalten finden. Bei dem überwiegenden Teil der Patienten erscheinen die

Steuerungsmechanismen rigide, wobei es gelegentlich zu weitgehend ungesteuerten Durchbrüchen meist aggressiv-destruktiver Impulse kommt.
Ein oszillierender Wechsel des seelischen Funktionsniveaus fehlt weitgehend. Regressive Bewegungen erfolgen gleichsam total, ohne als lustvoll erlebt werden zu können. In solchen Phasen scheinen sich die Patienten von ihrer Umwelt völlig zurückzuziehen. Die regressiven Erfahrungen stehen wie ausgestanzt zwischen der habituellen Fixierung der Patienten an äußere Realitätsbedingungen, ohne für originelle und kreative Leistungen, Problemlösungen und schöpferische Aktivitäten zum Zwecke der Anpassung nutzbar gemacht werden zu können.

Die Patienten erleben sich als wirkungs- und einflußlos. Sie vermögen ihre tatsächlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht zu nutzen, um auf ihre Umwelt effektiv einwirken zu können. Was ihnen geschieht, erleben sie häufig als schicksalhaft, ohne sich selbst und ihrem eigenen Handeln irgendeinen Einfluß zuerkennen zu können. Demgegenüber fällt bei einigen Ekzemkranken auf, daß sie sich - gemessen an ihrer begrenzten tatsächlichen Kompetenz - als besonders kompetent erleben. Bei deren genauerer Untersuchung stellt sich jedoch heraus, daß es sich dabei gerade um jene Patienten handelt, die unter ihrer "auffälligen Unauffälligkeit", ihrem reibungslosen Sich-Einfügen und "Einpassen" (HARTMANN 1939) nicht leiden, sondern die im Gegenteil ihre, dem Untersucher eher als identitätsloses "mechanisches Funktionieren" erscheinende Unauffälligkeit als Ausdruck eigener Kompetenz mißdeuten.

Stellen sich die genannten Funktionsbeeinträchtigungen der Ich-Organisation in der Patientengruppe mit wenigen Ausnahmen als weitgehend übereinstimmend dar, so finden

sich andere - insbesondere die Funktionen des Wirklichkeitssinnes und der Synthese und Integration - unter den Patienten sehr viel unterschiedlicher ausgeprägt, so daß Störungen dieser Funktionen offenbar nicht als charakteristische Merkmale ekzemkranker Erwachsener gelten können.*)

Auffällig erscheint demgegenüber, daß jene Komponenten der Ich-Organisation, die hier als "Denken" zusammengefaßt wurden, sich auf einem vergleichsweise reifen, sekundärprozeßhaften Funktionsniveau bewegen. Sehr viel ausgeprägter als alle anderen Ich-Funktionen spiegeln Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeitsvermögen, Gedächtnis, Vorstellungsvermögen, Abstraktionsfähigkeit, Fähigkeiten zum konkreten Denken oder sprachliche und kommunikative Fähigkeiten ein vergleichsweise großes Potential an flexiblem Anpassungsvermögen wider. Den - in psychodynamischer Perspektive betrachteten - Denkprozessen kommt bei diesen ekzemkranken Patienten offenbar eine wichtige Bedeutung im Gesamt der dem Ich zufallenden Anpassungsaufgaben zu.**) Weitgehend abgetrennt von den Signalen ihrer inneren Erlebniswelt und insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen ohne die Orientierung verläßlicher Urteile scheinen die ekzemkranken Patienten ihre Anpassung wesentlich über diese Funktionen zu steuern, die sich

---

*) Da Teilkomponenten beider Funktionen jedoch nicht beurteilt werden konnten, könnte die genannte Inhomogenität jedoch auch auf unzureichende Rater-Instruktionen oder eine nicht hinreichende Untersuchung der Patienten auf diese Funktionen hin zurückzuführen sein.

**)Dieser Befund steht in gewissem Gegensatz zu dem pragmatisch-instrumentellen, als primärprozeßhaft interpretierten Denken, das als "pensée opératoire" von den französischen Autoren bei psychosomatisch Kranken beschrieben wird.

möglicherweise kompensatorisch zu den beeinträchtigten Sektoren ihrer Ich-Organisation auf ein besonders hohes adaptives Niveau hin entwickelt haben.

Die Auslösung und Verschlimmerung ihrer Hautsymptomatik wird von den ekzemkranken Patienten häufig spontan mit umschriebenen psychosozialen Faktoren in Verbindung gebracht; deren psychodynamische Bedeutung kann sich jedoch nicht ohne weiteres - insbesondere nicht alleine im Rahmen anamnestischer Erhebungen - aufklären. Somit muß an dieser Stelle offen bleiben, ob in den verschiedenen symptomauslösenden und symptomverstärkenden Situationen für das endogene Ekzem, die unter deskriptiven Gesichtspunkten auf wenige Situationstypen zusammengefaßt werden können, tatsächlich - wie hier vermutet wird - als gemeinsamer Mechanismus ein Bruch in der beschriebenen Objektbeziehung der Patienten zur Wirkung gelangt. Diese Interpretation würde zumindest im Ansatz mit jenen Befunden korrespondieren, die die symptomauslösenden Situationen für psychosomatische Krankheit ebenfalls auf der Linie der Objektbeziehungen, dort jedoch als Objektverlust, darstellen (zur Literatur vgl. ZEPF 1976).

Wenn auch alleine aus der klinischen Untersuchung einer kleinen Gruppe ekzemkranker Kinder sowie ihrer Mütter und einer noch kleineren Gruppe von "Ekzemfamilien" noch keine verallgemeinernden Schlußfolgerungen abgeleitet werden können, so weisen die hier erhobenen Befunde doch in eine Richtung, aus der heraus sich zum einen einige Vermutungen zur Genese jener Ich-Störungen ableiten lassen, die bei den ekzemkranken Patienten im Erwachsenenalter auffallen, und die zum anderen einige vorläufige Hypothesen in Hinblick auf die Frage

zulassen, aus welcher familiären Beziehungskonstellation und aus welcher Rolle*) des kranken Kindes in der Familie heraus sich dessen ich-strukturelle Beeinträchtigungen entwickeln könnten.
In Hinblick auf die Mutter-Kind-Beziehung als hier zentralem Subsystem der Familie lassen sich tendenziell zwei Typen manifesten Verhaltens der Mütter ihren Kindern gegenüber unterscheiden, die ähnlich auch von anderen Untersuchern der Mütter psychosomatisch kranker Kinder beschrieben werden (vgl. z. B. FAIN 1971, vgl. auch ZEPF 1982): manifest überbesorgte, übertrieben reizabschirmende Mütter einerseits, offen zurückweisende, ihren Kindern gegenüber feindselig eingestellte Mütter andererseits. SPITZ (1957) erkannte in der manifesten Überbesorgtheit der von ihm untersuchten Mütter ekzemkranker Kinder den unschwer zu erkennenden Ausdruck von Bemühungen, ihre Feindseligkeit und Ablehnung ihren Kindern gegenüber zu verdecken.
Auch den eigenen Beobachtungen zufolge finden sich bei den Müttern ekzemkranker Kinder manifest reizabschirmende und zurückweisende Verhaltensweisen, hier jedoch in abruptem Wechsel, der sich aus einer narzißtischen Problematik der Mütter erklärt. Die Mütter der untersuchten ekzemkranken Kinder stellen sich durchweg als meist schwer depressive Frauen dar. Aus dieser Störung resultieren Beziehungsformen, in denen es zu spezifisch verzerrten reziproken Signalinterpretationen zwischen

---

*) Unter "Rolle" wird hier die Gesamtheit bewußter und unbewußter Verhaltenserwartungen verstanden (vgl. RICHTER 1967)

Mutter und Kind kommt. Danach erleben die narzißtisch gestörten Mütter ihre Kinder in der Funktion von Selbst-Objekten, die ihr narzißtisches Gleichgewicht steuern helfen müssen. Äußerungs- und Ausdrucksformen ihrer Kinder "interpretieren" die Mütter jeweils in der Perspektive ihres eigenen, in Frage stehenden Selbstwertes. Es gelingt ihnen nur schwer, die Signale ihrer Kinder in deren eigenem, von den Kindern subjektiv "intendiertem" Bedeutungsgehalt zu verstehen. Die Ausdrucksformen der Kinder sind im Verständnis der Mütter nicht in erster Linie Mitteilungen von kindlichen Bedürfnissen, sondern werden unmittelbar mißdeutet im Sinne des eigenen "Gut-" oder "Unwert-Seins". Die manifeste Feindseligkeit und Ablehnung der Mütter ihren Kindern gegenüber sind auf diesem Hintergrund Folge der den Müttern von ihren Kindern in der Funktion von Selbst-Objekten zwangsläufig immer wieder zugefügten narzißtischen Wunden und Ausdruck narzißtischer Wut und deren Verarbeitungs- und Abwehrformen.
Verlängert man diese Beobachtungen, die hier an mindestens 6jährigen Kindern und ihren Müttern gemacht wurden, versuchsweise in die frühe Mutter-Kind-Beziehung hinein*), dann kann gefolgert werden, daß von Beginn an als Regulativ dieser Beziehung vorrangig die jeweilige narzißtische Bedürftigkeit der Mütter fungiert, hinter der die Signale und Ausdrucksformen kindlicher Bedürfnisse als Beziehungsregulative zurücktreten müs-

*) Außer den SPITZschen Untersuchungen fehlen bisher systematische Studien der Beziehung von Müttern und ekzemkranken Säuglingen bzw. Kleinkindern.

sen, die wiederum nicht in bedürfnisbefriedigenden, unlustbeseitigenden Handlungen der Mütter münden. Die Kinder wachsen jedoch nicht etwa in einem "Klima" auf, das von emotionaler Kargheit geprägt wäre und in dem sie narzißtische Stützung und Bestätigungen durch ihre Mütter ganz vermissen müßten. Kennzeichnend scheint vielmehr zu sein, daß den Kindern die für sie notwendigen mütterlichen Versorgungshaltungen nicht in Abstimmung auf ihre je unterschiedliche eigene Bedürftigkeit begegnen, sondern nach Maßgabe der narzißtischen ihrer Mütter. Der Rhythmus von Befriedigung und Versagung, symbiotischer Nähe und Ablösung vollzieht sich gleichsam in dem von der narzißtischen mütterlichen Pathologie bestimmten Takt, in den der von kindlichen Bedürfnissen dirigierte Rhythmus von Bedürftigkeit und "Sättigung" keinen kindadäquaten Eingang findet. Wenn kindliche Triebansprüche sich erst in adäquater Interaktion mit der Mutter zu gerichteten Bedürfnissen gestalten, dann geschieht dies in Interaktion von Mutter und ekzemkranken Kind insoweit, als der Befriedigungsbedarf des Kindes dann entsprechende mütterliche Antworten findet, wenn die Mutter selbst ihrer jeweiligen Befindlichkeit nach bereit und bedürftig ist, in entsprechende Interaktionen einzutreten.
Auf dem Hintergrund dieser Beziehungsform würde sich nicht nur die phasenspezifische Bildung von Objektrepräsentanzen gestört entwickeln, sondern in Zusammenhang damit auch die Reifung von Funktionen des Ich. Die Entwicklung der Triebansprüche zu einer gerichteten Bedürfnis-, Affekt- und Vorstellungswelt bleibt, so ist anzunehmen, auf einem vergleichsweise wenig differenzierten Stadium. Indem die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse von der jeweiligen Bedürftigkeit

zufallen, die Bindung von ekzemkrankem Kind und depressiver Mutter aktiv - manifest oder versteckt - gefördert wird, um die Ehepartnerbeziehung von narzißtischen Konflikten vor allem im Sinne von Schuldentlastung zu entschärfen.

Zweifellos ist auch von einem auf Ich-Funktionen ekzemkranker Patienten fokussierenden Untersuchungsansatz nicht zu erwarten, daß damit die zahlreichen nach wie vor ungeklärten und für die psychoanalytische Psychosomatik durchweg sich stellenden Probleme des Zusammenhangs von psychischen und physischen, symbolischen und somatischen Wirkfaktoren (SCHNEIDER 1973) aufgeklärt werden. Allerdings könnten vertiefende Kenntnisse über die Funktionen der Ich-Organisation in ihrer Bedeutung als allgemeine Steuerungs- und Anpassungsprinzipien zwischen somatischen Triebquellen und symbolisch strukturierter sozialer Welt und auch hinsichtlich ihrer biologischen und primär-autonomen Quellen hier weitere Aufschlüsse vermitteln.
Von vergleichenden Untersuchungen von Patienten mit anderen psychosomatischen Krankheiten könnte erwartet werden, daß die Bedeutung von Funktionen des Ich hinsichtlich ihrer Steuerung und symbolischen Verarbeitung somatischer Funktionsabläufe weiter geklärt wird. Die Beschreibung der hier untersuchten Gruppe ekzemkranker Patienten nach sozialen, demographischen sowie Merkmalen ihrer Hauterkrankung sollte diese Vergleichbarkeit ausreichend gewährleisten.

Wie solche primär theoretischen Fragestellungen auch immer beantwortet werden mögen, so können die Befunde der Ich-Funktionsstörungen ekzemkranker Patienten doch in erster Linie für praktisch-klinische Belange fruchtbar gemacht werden. Sie richten die diagnostische Aufmerksamkeit auf einen Fokus der psychischen Struktur von Patienten mit endogenem Ekzem, der zugleich einen Ansatzpunkt psychoanalytisch-psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten markieren kann. Dies wäre ein Behandlungsansatz, der vorrangig darauf abzielt, die Funktionsstörungen der Ich-Organisation dieser Patienten sowohl genau zu diagnostizieren wie gezielt therapeutisch zu bearbeiten. Das ist besonders deshalb hervorzuheben, weil inzwischen solche aus der Psychoanalyse abgeleiteten, klinisch bewährten Therapieansätze vorliegen, die speziell zur Behandlung strukturell ich-gestörter Patienten entwickelt wurden (BLANCK, BLANCK, 1978, 1980; HEIGL-EVERS, HEIGL 1979). Erfahrungen insbesondere mit der interaktionellen Therapie (HEIGL-EVERS, HEIGL 1979; vgl. auch STREECK 1981), die in die Behandlung ekzemkranker Patienten eingeführt wurde, sprechen dafür, daß auf diesem Wege nicht nur eine Entwicklung von Ich-Funktionen zu erreichen ist, sondern auch das psychosomatische Krankheitsgeschehen günstig beeinflußt werden kann.

A N H A N G

I.

Anweisungen zur Einschätzung von Ich-Funktionen auf einer Sieben-Punkte-Skala
(nach BELLAK, HURVICH und GEDIMAN 1973).

Ins Deutsche übertragen, überarbeitet und in Teilen modifiziert von U. STREECK

1. Objektbeziehungen

1.1 Regulierung von Selbst-Objekt-Grenzen (Bezogenheit)

Eingeschätzt werden das Ausmaß und die Art der Verbundenheit mit Objekten. Dabei sind Phänomene zu beurteilen wie Narzißmus, Symbiose, Separation-Individuation, Rückzugsneigungen, Egozentrizität, narzißtische Objektwahl, der Grad von Wechselseitigkeit, Reziprozität, Empathie und Ungezwungenheit der Kommunikation. Beurteilt werden soll auch das Ausmaß von Nähe bzw. Distanz in Objektbeziehungen.

1 Es besteht ein weitgehender Mangel jeglicher Verbundenheit mit Objekten. P zeigt sehr starke Rückzugstendenzen. Eventuelle Beziehungen sind weitgehend "autistisch". Kommt es zu Beziehungen, sind diese von Streit, Kampf und anderen beziehungszerstörenden Phänomenen geprägt. Die Regulierung von Nähe und Distanz ist P kaum möglich.

2 Bei P herrscht ein schizoider, aber nicht totaler Rückzug von Kontakten vor. Die Beziehungen sind narzißtisch, parasitär oder symbiotisch. Bei P treten entweder übermäßige infantile Bindungen an Objekte auf,oder dauerhaftere Bindungen an Objekte fehlen fast völlig.

3 P's Beziehungen sind von Absonderungstendenzen gekennzeichnet oder aber von übergroßer Abhängigkeit und Anklammerung. P hat erhebliche Schwierigkeiten zwischen Nähe und Distanz zu wechseln. P bevorzugt entweder sehr enge oder aber "kühle", distanzierte Beziehungen. P sucht evtl. Distanz aus Angst davor, daß nahe Beziehungen abbrechen könnten.

4 Es bestehen dauerhaftere Beziehungen, die von neurotischen Interaktionen mit Rückzugs-, narzißtischen oder symbiotischen relativ komplexen, aber nur wenig primitiven Tendenzen geprägt sind.

5 Nur einige Beziehungen erscheinen gestört und sind eher sporadisch beeinträchtigt als dauerhaft. P's Verhalten gegenüber anderen und seine Objektwahlen zeigen einige Flexibilität, werden unter Belastungen jedoch rigider und weniger flexibel. Primitive Objektbeziehungsphänomene fehlen.

6 P's Beziehungen zu Objekten sind überwiegend flexibel. P verfügt über Möglichkeiten, optimale Distanz bzw. Nähe aufrechtzuerhalten.

7 P's Beziehungen werden von Gegenseitigkeit, Reziprozität und Empathie geprägt. Sie bleiben auch unter Streß oder unter anderen Belastungen relativ ungestört und stabil. Flexibilität in den Beziehungen überwiegt. P verfügt über optimale Möglichkeiten, Nähe und Distanz zu regulieren. Auch wenn P von anderen unter Druck gesetzt oder sonstwie in Anspannung versetzt wird, wird seine Anpassung in Beziehungen kaum beeinträchtigt.

1.2 Reife von Objektbeziehungen

Eingeschätzt wird der Entwicklungsstand, die Infantilität bzw. Reife von Objektbeziehungen. Beurteilt werden soll auch, inwieweit aktuelle Beziehungen im Sinne von Anpassung oder Fehlanpassung von früheren Beziehungen beeinflußt werden oder diese wiederholen.

1 Aufgrund einer Verarmung und eines weitgehenden Mangels an Verbundenheit mit anderen werden aktuelle "Beziehungen" von primitiven, genetisch frühen Erfahrungen geprägt.

2 P's gegenwärtige Beziehungen werden von Übertragungen geprägt, die auf sehr frühe Fixierungen zurückgehen und auf Störungen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung hinweisen.

3 P's gegenwärtige Beziehungen erscheinen relativ infantil und enthalten Merkmale sich wiederholender zeitlich zurückliegender Beziehungen. P erwartet, emotional versorgt zu werden und neigt dazu abzuwarten, daß "die Dinge von selbst besser werden".

4 P's Beziehungen wiederholen in Teilen Konflikte, die für die frühe Kindheit charakteristisch sind. Diese Konflikte weisen auf die infantilen Beziehungen zu beiden Elternteilen hin. Sie sind dementsprechend reifer als Beziehungen, die alleine die Bindung an die Mutter widerspiegeln.

5 Übertragungen und Wiederholungen früher Beziehungsmuster sind in den alltäglichen Beziehungen eher die Ausnahme als die Regel, können sich aber unter belastenden Bedingungen wiederholen. In Beziehungen zu Anderen kann es gelegentlich sich wiederholende Schwierigkeiten geben.

6 P verfügt über reife Objektbeziehungen mit Zielen, die für das Selbst und die Beziehungspartner wechselseitig befriedigend sind.

7 Es gibt keine wesentlichen Hinweise für Fixierungen oder Verzerrungen, die aus infantilen Beziehungen herrühren. Reife Objektbeziehungen haben primitivere fast völlig ersetzt. Die Befriedigungsmöglichkeiten von P in seinen Beziehungen stimmen mit erwachsenen Bedürfnissen überein. P verfügt über Möglichkeiten frei zu wählen; seine Objektbeziehungen sind durch Flexibilität charakterisiert.

1.3 Wahrnehmung und Erleben von Objekten als "unabhängige Einheiten"

Eingeschätzt wird, inwieweit andere Personen als eigenständig ("in their own right") statt als Extensionen des Selbst wahrgenommen und erlebt werden.

1 P verfügt nur über minimale Fähigkeiten, andere als unabhängige, eigenständige Personen wahrzunehmen und zu erleben. Bei P sind starke "parasitäre" oder narzißtische Tendenzen deutlich.

2 P kann Gefühle, Meinungen und Motive anderer nur wenig von deren Standpunkt aus nachvollziehen. Andere werden ganz überwiegend in Hinblick darauf erlebt, welche Funktionen sie für P selbst haben. Es ist schwierig für P, eigene Bedürfnisse auch zurückzustellen, weil P andere ganz überwiegend nur von seinem eigenen Standort her erleben kann. P zieht evtl. Befriedigung daraus, "Macht" über andere auszuüben.

3 P erlebt andere nur gelegentlich als eigenständige Personen. Die eigene Identität hängt davon ab, ob P von anderen beachtet wird. P kann versuchen andere zu verändern im Glauben, dadurch werde sich die eigene Identität herausbilden. Um die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, werden andere von P benutzt und unter Umständen ausgebeutet, unbesehen dessen, wie die anderen sich selbst fühlen.

4 In vergleichsweise neutralen, wenig belastenden und emotional wenig besetzten Situationen erlebt P andere als eigenständige Personen. Unter schwierigeren und belastenderen Umständen steht bei P der Versuch im Vordergrund, andere Menschen zu verändern, um selbst ein stabiles Selbstbewußtsein zu erlangen.

5 P erlebt andere als eigenständig und vom eigenen Selbst getrennt. Nur unter belastenden und emotional "aufgeladenen" Bedingungen kann diese Fähigkeit flüchtig gestört erscheinen. Es kann z. B. sein, daß P die Gefühle anderer Menschen zwar wahrnimmt, sie auch versteht und angemessen darauf antwortet, aber daß er unangemessene Vorstellungen darüber hat, was andere tun könnten oder wozu sie ihn nötigen könnten, wenn P sich selbst bedroht fühlt.

6 P erlebt andere als eigenständige Personen ("in their own right"). P verfügt über recht gute empathische Fähigkeiten, ohne seine eigenen in den Gefühlen oder Meinungen der anderen zu verlieren.

7 P erlebt andere als eigenständige Personen. P verfügt über Empathie für die Bedürfnisse anderer. P versteht andere als das was sie sind, nicht jedoch von dem eigenen egozentrischen Standort her. P kann seine eigenen Bedürfnisse vorübergehend vernachlässigen oder ignorieren, um sich primär auf andere Personen einzustellen, ohne das aber zwanghaft tun zu müssen.

1.4 Objektkonstanz

Eingeschätzt wird, wieweit Objektkonstanz aufrechterhalten werden kann. Damit wird die Fähigkeit eingeschätzt, sowohl die physische Abwesenheit eines bedeutsamen Objekts ertragen zu können wie auch Frustration und Angst, die in Zusammenhang mit dem Objekt erlebt werden. Beurteilt werden sollen auch der Grad und die Art der Internalisierung des Objekts und damit die Art, wie P andere Menschen wahrnimmt und auf sie bezogen ist, die nicht physisch anwesend sind.

1 Auf "Objektverlust" hin kommt es bei P zu einem undramatischen, blanden Rückzug. Andere Menschen, die nicht physisch anwesend sind, existieren nicht. Trennungsangst fehlt.

2 Bei P kann Trennungsangst ganz im Vordergrund stehen. Auf Objektverlust hin, bei Verlust der Liebe des Objekts oder auf narzißtische Verletzungen hin kommt es zu unangemessenen, wenig angepaßten Reaktionen. Verlust von Objekten kann als Katastrophe erlebt werden.

3 Bei P sind übermäßige Bestrebungen entweder nach Abhängigkeit oder nach völliger Unabhängigkeit von Objekten zu beobachten. Es kann sein, daß P wie zwanghaft versucht, die eigene Selbstgenügsamkeit unter Beweis zu stellen. P fühlt sich leicht verletzt und zurückgewiesen. Bedeutsame Objekte sind nicht sehr stabil internalisiert. P scheint nicht fähig zu sein, alleine zu leben. Im Zusammenleben mit anderen neigt P dazu, sich zu isolieren.

4 Wenn P der Aufmerksamkeit anderer nicht gewiß ist, ist er empfindlich für mögliche Zurückweisungen oder fürchtet, verlassen zu werden. Vorübergehende Einsamkeit oder Alleineleben können nur schlecht ertragen werden.

5 Objekte sind ausreichend internalisiert. Unter schweren oder länger anhaltenden Belastungen kann P jedoch auf die Abwesenheit oder den Verlust von Objekten inadäquat reagieren. P hat evtl. einige Schwierigkeiten, alleine zu leben, findet jedoch Wege, seine Einsamkeit zu kompensieren.

6 Wichtige Objekte sind gut internalisiert. Objektkonstanz ist gut entwickelt. Verluste, Trennungen oder vergleichbare mögliche Traumen werden von P ohne übermäßige Belastung ertragen. P's Gedanken an andere, seine Reaktionen auf andere und seine für andere empfundene Achtung und Wertschätzung bleiben unabhängig von deren physischer Anwesenheit bestehen.

7 Objektkonstanz ist bei P sehr gut ausgebildet. Dies zeigt sich an P's guter Anpassungsfähigkeit und seiner Flexibilität gegenüber Trennungen und dem Verlust wichtiger Objekte. P's Beziehungen zu relevanten Objekten bleiben auch bei deren Abwesenheit weitgehend unverändert bestehen.

2. Narzißtische Gleichgewichtsregulierung

2.2 Regulierung der narzißtischen Homöostase

Eingeschätzt wird der Grad der Individualität, von Selbstbewußtsein, eines stabilen Körperschemas und einer stabilen Selbstwertregulierung, die P entwickelt hat.

1 P hat unrealistische Gefühle eigener Wertlosigkeit oder Grandiosität. Im Vordergrund stehen pathologische Mechanismen der Selbstwertregulation. Rückmeldungen von außen haben allenfalls eine sehr geringe Wirkung auf die Entwicklung stabiler Selbstwertregulationen. Zwischen Selbstbild und Ich-Ideal bzw. idealem Selbst besteht eine große Diskrepanz.

2 P's Selbstwertschätzung ist gering. Die eigene Identität erscheint brüchig, unintegriert und instabil. P fällt durch ein wie unersättliches Verlangen nach Geld, sozialem Ansehen, sexueller Attraktivität u. ä. auf. P grübelt evtl. häufiger darüber nach, wer er selbst eigentlich sei.

3 Rollenhaftigkeit des Verhaltens, das der Suche nach einer eigenen Identität gilt, die nicht von innen heraus erfahren und erlebt wird. P ist leicht kränkbar.

4 P's Identität, Selbstbild und Selbstwertschätzung sind mehr oder weniger gefestigt. P's Erleben einer eigenen Identität schwankt dann, wenn äußere Umstände oder wenn andere Menschen ihm fremd oder unvertraut sind. P fühlt sich manchmal alleine aufgrund von Komplimenten anderer wichtig.

5 P's Gefühl für die eigene Identität und die Regulierung des Selbstwertgefühls sind relativ stabil. In konflikthaften Situationen vor allem mit wichtigen Anderen oder unter anderweitig belastenden Umständen kann P's Selbstbewußtsein erniedrigt sein. P's Identitätsgefühl ist auch unter diesen Umständen gleichbleibend stabil.

6 Bei P sind eine stabile Identität, ein gut ausgeprägtes Selbstbewußtsein und eine gute Selbstwertschätzung internalisiert.

7 Bei P sind eine stabile Identität, ein gut und realistisch ausgeprägtes Selbstbewußtsein und die Selbstwertregulierung so stabil, daß sie auch unter stärkeren Belastungen und auch dann stabil bleiben, wenn nur minimale von außen kommende und auf das eigene Selbstbild bezogene Signale vorhanden sind.

2.2 Aufrechterhaltung von Ich- bzw. Selbst-Grenzen

Eingeschätzt wird die Stabilität der Grenzen zwischen Selbst (Ich) und äußerer Realität.

1 Bei P kommt es zu Verschmelzungsphänomenen im Sinne eines Verlustes der Fähigkeit, zwischen Selbst und äußerer Realität klar zu unterscheiden. Es können auch übermäßige Gegenbewegungen gegen Fusionsbedürfnisse im Vordergrund stehen, die sich darin äußern können, daß P seine Eigenständigkeit übermäßig betonen muß (Autarkie).

2 P's Selbstbild ist von den Reaktionen seiner Umwelt abhängig. Wo Rückmeldungen aus der Umwelt negativ sind oder fehlen, kann P sein Selbst nicht mehr als eigenständig erleben.

3 Um die eigene Identität aufrechterhalten zu können, ist P gelegentlich von Rückmeldungen von außen abhängig. Unter gleichbleibenden äußeren Bedingungen kann diese Abhängigkeit fehlen und kann P sein Gefühl von Eigenständigkeit aufrechterhalten.

4 P erlebt sich gewöhnlich als von anderen weitgehend unabhängig und ist nicht auf Rückmeldungen von außen angewiesen, um ein stabiles Gefühl für die eigene Identität aufrechterhalten zu können. Unter konflikthaften Belastungen vor allem in der Beziehung zu bedeutsamen Anderen kann P's Gefühl für Eigenständigkeit und die eigene Identität jedoch stärkeren Schwankungen unterworfen sein.

5 P's Selbstbewußtsein ist von anderen unabhängig. P ist sich seiner eigenen inneren Realität und seiner Identität ausreichend bewußt. Das Selbstbild ist ausreichend stabil. Es kommt eher selten vor, daß P äußere Signale benötigt, um sich ganz als eigenständig fühlen zu können.

6 Damit P sein Selbstbewußtsein aufrechterhalten und sich als eigenständige Person erleben kann, sind nur in Ausnahmefällen Rückmeldungen von außen erforderlich.

7 P verfügt über eine sehr gute Fähigkeit zwischen eigenen Gefühlen, Gedanken und Absichten und denen von anderen zu unterscheiden. Um die eigenen Selbst-Grenzen aufrechterhalten zu können, sind allenfalls minimale Rückmeldungen von außen erforderlich. Ein temporäres regressives Erleben von Verschmelzung mit anderen kann P genießen, ohne dies allerdings für die Aufrechterhaltung seines Gefühls von Identität zu benötigen. Es kommt bei P nicht zu Unsicherheit darüber, ob Erfahrungen ihre Quelle im Selbst oder außerhalb des Selbst haben.

3. Realitätsprüfung

3.1 Diskriminierungsfunktion

Eingeschätzt wird die Fähigkeit, zwischen inneren und äußeren Reizen zu unterscheiden; anders ausgedrückt: die Fähigkeit genau wahrzunehmen, ob Reize ihre Quelle in der äußeren oder in der innerpsychischen Realität haben.

1 P neigt zu illusionären Verkennungen und ist sich seiner relativ groben Fehlwahrnehmungen nicht bewußt. P zweifelt häufiger, ob ein Ereignis wirklich geschehen ist oder von ihm nur geträumt oder phantasiert wurde.

2 Bei P kommt es häufiger zu illusionären Verkennungen. P ist sich aber dessen bewußt, daß andere Personen entsprechende Realitätsbereiche nicht in gleicher Weise sehen oder wahrnehmen.

3 P neigt zu Projektionen intrapsychischer Ereignisse auf die äußere Realität. Illusionäre Verkennungen sind selten. Die Projektionen sind nicht auf umschriebene Konfliktbereiche beschränkt.

4 Die Innen-Außen-Unterscheidung ist nur unter besonderen Umständen gestört. Insbesondere in Phasen des Einschlafens und/oder Aufwachens hat P Schwierigkeiten sich zu orientieren und innere und äußere Realität zu unterscheiden. Projektionen beschränken sich auf umschriebene Konfliktbereiche.

5 Schwierigkeiten von P zu unterscheiden, ob etwas innerpsychisch oder in der äußeren Realität geschieht, sind selten, bleiben umschrieben und treten nur unter belastenden Bedingungen, insbesondere unter Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen auf.

6 Innere und äußere Realität können sicher unterschieden werden. Die äußere Realität wird allenfalls selten im Dienste der Anpassung verleugnet. Verleugnungen beschränken sich dabei jedoch auf umschriebene Konfliktbereiche, ohne die Anpassung generell zu kennzeichnen.

7 P verfügt über gute Fähigkeiten, die Quelle von Reizen innen bzw. außen genau zu lokalisieren. Diese Fähigkeit bleibt auch unter Belastungen erhalten. Diese klare Unterscheidung geschieht habituell und wie automatisch.

3.2 Äußere Realitätswahrnehmung

Eingeschätzt wird die Genauigkeit, mit der äußere Reize wahrgenommen werden. Hierzu gehört auch die Fähigkeit, sich zeitlich und räumlich zu orientieren.

1 P erscheint in der äußeren Realität manchmal orientierungslos. Die äußere Realität wird teilweise verkannt. Es kommt zu Fehlinterpretationen der Bedeutung von Ereignissen in der äußeren Realität. Realitätsereignisse erlangen häufig überwertige Bedeutung. Die Wahrnehmung erscheint insgesamt vage, diffus und ungenau.

2 Verkennungen und Fehlinterpretationen der äußeren Realität sowie Schwierigkeiten der Orientierung sind geringer als unter 1). Sie treten vorwiegend unter besonderen Umständen auf wie bei stärkerer Müdigkeit, unter "Streßbedingungen" oder unter emotionalen Belastungen.

3 Gröbere Fehlinterpretationen der Bedeutung von Ereignissen in der äußeren Realität fehlen. Die Wahrnehmung der äußeren Realität erscheint jedoch noch global, ungenau und diffus und zeigt sich insbesondere gegenüber sozialen Bezugspersonen.

4 Es kommt bei P allenfalls in Zusammenhang mit Konflikten mit bedeutsamen Anderen zu Fehlinterpretationen der Bedeutung von Reizen und Ereignissen in der äußeren Realität.

5 P's Wahrnehmung der äußeren Realität ist differenziert und genau. Lediglich in selektiven Bereichen ist die Wahrnehmung der äußeren Realität global, ungenau und diffus. Diese Wahrnehmungsbeeinträchtigungen scheinen sich jedoch auf umschriebene Konfliktbereiche zu beschränken.

6 Äußere Ereignisse und Reize werden von P genau wahrgenommen. Zu Einschränkungen der Wahrnehmung der äußeren Realität kommt es allenfalls unter starken bis extremen Belastungen.

7 Die Fähigkeit zur genauen Wahrnehmung der äußeren Realität bleibt auch unter äußeren oder inneren Belastungen erhalten. Die äußere Realitätswahrnehmung hat den Charakter eines konstanten, habituellen und wie automatischen Geschehens.

3.3 Binnenwahrnehmung

Eingeschätzt wird die Genauigkeit der Wahrnehmung subjektiver "innerer" Ereignisse, von Gefühlen, Impulsen, Wünschen, inneren Verboten etc. In diesem Zusammenhang wird auch die Fähigkeit von P zu reflexivem Umgang mit sich selbst beurteilt.

1 P verfügt allenfalls über äußerst gering ausgeprägte Fähigkeiten, seelische Ereignisse und das eigene Befinden, eigene Stimmungen, Gefühle, Wünsche etc. wahrzunehmen. P.ist nicht oder annähernd nicht in der Lage, eigene Befindlichkeiten und Verhaltensweisen auch nur im Ansatz zu erklären. P's Fähigkeit, sich reflexiv auf sich selbst zu beziehen, erscheint äußerst gering.

2 P's Wahrnehmung des eigenen innerseelischen Befindens ist grob und diffus. Das innere Erleben einer Situation wird erst wahrgenommen, wenn das Ereignis bzw. die entsprechende Situation selbst schon vergangen sind.

3 P's Wahrnehmung seines subjektiven Befindens und seines inneren Beteiligt-Seins an einer Situation erscheint insgesamt zwar eher diffus, grob und undifferenziert; das Erleben wird jedoch unmittelbar in der Situation wahrgenommen. Die Wahrnehmungsqualitäten des subjektiven "inneren" Befindens beschränken sich auf wenige Modalitäten.

4 P nimmt wahr, daß verschiedene Impulse, Gefühle und Stimmungen ihre Quelle in seiner eigenen Person haben. Fehlwahrnehmungen können korrigiert werden, wenn ein ausreichender Abstand zur auslösenden Situation gegeben ist. Insgesamt ist die Binnenwahrnehmung differenzierter als in 3). P ist in der Lage, sich reflexiv auf sich selbst zu beziehen.

5 P's Fähigkeit zur Wahrnehmung seines subjektiven Befindens ist relativ gut ausgeprägt. P erkennt unterschiedliche Quellen und Ursachen seines Befindens. Fehlwahrnehmungen und gröbere Fehlinterpretationen von subjektiven "inneren" Ereignissen treten nur unter belastenden Umständen auf; sie können jedoch nach ausreichendem zeitlichen und räumlichen Abstand zu den auslösenden Ereignissen korrigiert werden. P verfügt über ein ausreichendes reflexives Bewußtsein.

6 P verfügt über eine gute Binnenwahrnehmung. Gröbere Fehlwahrnehmungen und Fehlinterpretationen subjektiver "innerer" Eriegnisse fehlen. In geringem Ausmaß treten solche Fehlwahrnehmungen und Fehlinterpretationen nur unter äußerst belastenden Konflikten mit bedeutsamen Anderen auf.

7 P verfügt über eine gute Binnenwahrnehmung. Auch unter belastenden Umständen wird diese Fähigkeit nicht sonderlich beeinträchtigt. Die Binnenwahrnehmung hat einen gewohnheitsmäßigen und wie automatisch verlaufenden Charakter. P verfügt über eine differenzierte Selbstreflexivität.

4. Urteilsbildung

4.1 Antizipation

Eingeschätzt wird die Fähigkeit, sich mögliche Konsequenzen des eigenen tatsächlichen oder nur beabsichtigten Verhaltens und Handelns vorausschauend klar zu machen. Dazu gehört die Fähigkeit, im vorhinein potentielle Gefahren zu bedenken, mögliche Strafen, die ein Verhalten zur Folge haben kann, an soziale Konsequenzen oder an physische Folgen. Es werden aber auch differenziertere Fähigkeiten zur Antizipation beurteilt, wie die Fähigkeit, die Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten hin vorauszusehen.

1 Es kommt bei P immer wieder zu Fehlurteilen, infolge derer sich P in erheblich selbstgefährdende Situationen bringt. P's Fähigkeit zur Antizipation von Folgen erscheint minimal. Dies kann soweit gehen, daß sich P vital gefährdet.

2 Die Antizipation von Folgen des eigenen Verhaltens und Handelns erscheint grob fehlerhaft. P kann z. B. glauben, daß er Klausuren oder Prüfungen auch ohne eigene Arbeit alleine deshalb bestehen wird, weil er intelligent ist. P schätzt die Wirkung seines eigenen Verhaltens auf andere Menschen grob verzerrt ein.

3 Mangelnde oder fehlerhafte Antizipation von Folgen des eigenen Verhaltens und Tuns ist nur in umschriebenen Situationen und Lebensbereichen zu beobachten, nicht jedoch generell. Relativ geringfügige Störungen des eigenen körperlichen oder seelischen Befindens werden öfters als Anzeichen schwererer Krankheiten fehlinterpretiert. Es kann vorkommen, daß P geringe Erfolge im Arbeitsbereich alleine auf schicksalhafte Ereignisse zurückführt, ohne in der Lage zu sein, die Anteile seines eigenen Verhaltens zu bedenken. P kann seine Wirkung auf andere nur relativ diffus in Rechnung stellen.

4 Zu gröber fehlerhafter Einschätzung von Folgen des eigenen Handelns und Verhaltens kommt es nur unter ungewohnten, neuen und relativ fremden Umgebungsbedingungen. In vertrauter Umgebung und im Rahmen der Alltagsroutine erscheint P's Fähigkeit zur Antizipation dagegen nicht gröber gestört. P schätzt seine Wirkung auf andere Menschen nur partiell fehlerhaft ein.

5 Es sind bei P allenfalls gelegentliche und relativ geringfügige Fehleinschätzungen von Folgen des eigenen Verhaltens zu beobachten. Es können bei P z. B. Schwierigkeiten zu beobachten sein, die Zeit und den Arbeitsaufwand richtig einzuschätzen, die notwendig sind, um eine termingebundene Arbeit fristgerecht zu erledigen.

6 P kann die Folgen seines eigenen Verhaltens und Handelns im voraus abschätzen und die Wirkung seines Verhaltens auf andere sicher einschätzen. Allerdings vollzieht sich diese Antizipation nicht wie automatisch und selbstverständlich, sondern erfordert bewußt eingesetzten aktiven Aufwand und gezielte Anstrengungen.

7 Die Einschätzung des eigenen Verhaltens und der Wirkung der eigenen Verhaltensweisen auf andere ist genau, sicher und differenziert. Die Konsequenzen geplanten Verhaltens werden im vorhinein überdacht und gut antizipiert. Auch die Konsequenzen unmittelbaren, spontanen Verhaltens werden wie automatisch im vorhinein gesehen, ohne daß sie jeweils bewußt reflektiert werden müßten.

4.2 Folgeorientierte Verhaltenssteuerung

Eingeschätzt werden soll das Ausmaß, in dem das manifeste Verhalten von P von dem Bewußtsein für und dem Wissen um mögliche Folgen bestimmt wird. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, in welchem Ausmaß es zur Wiederholung von Verhaltensmustern kommt, in denen sich eine fehlerhafte Einschätzung von möglichen und wahrscheinlichen Folgen ausdrückt. (Eingeschätzt wird somit nicht die Fähigkeit zur Antizipation selbst; es werden statt dessen Verhaltensweisen danach beurteilt, ob und inwieweit sie auf ein mangelndes Bewußtsein für Folgen und Konsequenzen des eigenen Tuns schließen lassen.)

1 P setzt sich mit seinem Verhalten unter Umständen schwerwiegenden Gefahren aus. In sozialen Beziehungen verhält sich P auffällig, indem andere unwillentlich provoziert werden und sich von P abwenden. Ähnlich selbstschädigende Verhaltensweisen werden "stereotyp" wiederholt.

2 P verhält sich in einer Weise, daß die Folgen seines Verhaltens zwar nicht unmittelbar bedrohlich sind, daß jedoch wichtige Lebensbereiche (Gesundheit, Arbeitssituation, zwischenmenschliche Beziehungen) mehr oder minder schwer belastet werden. P's Verhalten wiederholt sich unbesehen voraufgegangener Folgen.

3 Daß P's Verhaltensweisen von einem nur geringen Bewußtsein für mögliche Folgen bestimmt werden, tritt nur in umschriebenen Lebensbereichen zutage, nicht jedoch generell. P kann z. B. daran festhalten, immer wieder in einem Arbeitsbereich tätig zu werden, in dem er bisher fast nur Mißerfolge geerntet hat; in anderen Lebensbereichen kann P dagegen Verhaltensweisen zeigen, die von einer ausreichenden Orientierung an möglichen Konsequenzen bestimmt sind.

4 Nur unter ungewohnten, relativ fremden Umgebungsbedingungen oder in konflikthaften Situationen kommt es zu Verhaltensweisen, die nur begrenzt von dem Wissen um potentielle Konsequenzen geleitet werden. In gewohnter Umgebung oder im Rahmen von Alltagsroutine spiegeln die Verhaltensweisen von P dagegen ein ausreichendes Wissen um mögliche Folgen wider.

5 Es fallen bei P allenfalls sehr umschriebene Verhaltensweisen auf, die nur relativ geringfügige und umschriebene Fehleinschätzungen möglicher Folgen widerspiegeln. Insgesamt zeigt das Verhalten jedoch keine Hinweise darauf, daß es nicht von einem Bewußtsein um potentielle Folgen mitbestimmt wäre.

6 P's Verhalten läßt auf gute Fähigkeiten schließen, mögliche Folgen und Konsequenzen zu bedenken. Verhaltensweisen, bei denen mögliche Konsequenzen nicht berücksichtigt wurden, werden im allgemeinen nicht wiederholt. P kann vergangene Erfahrungen "auswerten" und sich für sein zukünftiges Verhalten nutzbar machen.

7 P's Verhalten spiegelt eine gute Orientierung an möglichen Folgen in allen Lebensbereichen wider. Diese Folgeorientierung von Verhaltensweisen geht auf flexible Planungen und Entscheidungsfindungen zurück, zu denen P wie selbstverständlich und automatisch in der Lage ist. P macht sich vergangene Erfahrungen "wie selbstverständlich" zunutze und übernimmt sie für sein zukünftiges Handeln.

4.3 Verhaltensabstimmung

Eingeschätzt wird die "Angemessenheit" des Verhaltens. Dabei soll beurteilt werden, ob und inwieweit P in der Lage ist, sich emotional auf verschiedene Personen und Situationen einzustellen. Diese Fähigkeit kann annähernd auch als "Takt" und "Taktgefühl" umschrieben werden.

1 Das Verhalten von P erscheint grob unangemessen, ohne daß P die Unangemessenheit seines Verhaltens erkennen könnte. P kann z. B. bei Traueranlässen in lautes Lachen ausbrechen in der Überzeugung, sein Verhalten werde die Trauergäste von ihrer Stimmung ablenken.

2 Es kommt bei P häufig zu unangemessenen sozialen und emotionalen Reaktionen. Bei P wiederholen sich Fehleinschätzungen in bezug darauf, wie die Wirkung seines Verhaltens in Beziehungen zu anderen Menschen sein wird. P ist häufig verletzend oder grob taktlos, jedoch weniger unangemessen als unter 1).

3 P's soziale und emotionale Reaktionen wirken häufiger befremdlich. Es kann etwa vorkommen, daß P versucht, permanent freundlich zu sein, wobei sein unangemessenes Verhalten aufdringlich wirkt; dabei sieht P sich jedoch als nur freundlich an. Allerdings fehlen grob taktlose und als solche von P selbst nicht wahrgenommene Reaktionen.

4 Das Verhalten von P erscheint insgesamt flexibel abgestimmt. Nur in einigen Lebensbereichen kann es zu befremdlich wirkenden Reaktionen kommen. Es kann etwa vorkommen, daß sich P sehr zurückhaltenden Personen gegenüber immer wieder sehr sprudelnd-mitteilsam verhält, ohne daß solche befremdlichen Reaktionen generell zu beobachten wären.

5 Das Verhalten von P erscheint sozial-emotional flexibel abgestimmt. Weniger angemessene Reaktionen treten allenfalls in konflikthaften Situationen besonders im zwischenmenschlichen Bereich mit bedeutsamen Anderen auf, können von P jedoch als solche erkannt und korrigiert werden.

6 Das Verhalten von P erscheint flexibel abgestimmt. Diese Fähigkeit erscheint wenig störbar. Allenfalls in unbekannten Situationen, noch bevor die jeweilige Situation genauer eingeschätzt werden konnte, kann es zu geringerer emotionaler Angemessenheit des Verhaltens kommen. Die Verhaltensabstimmung erfordert gelegentlich bewußte und aktive Bemühungen von P.

7 P's Verhalten ist in jeder Hinsicht flexibel und angemessen auf die Realität in sozialer und emotionaler Hinsicht abgestimmt. Die Angemessenheit von affektiven Reaktionen und Verhaltensweisen vollzieht sich wie von selbst. In unbekannten Situationen und in fremder Umgebung wird diese Fähigkeit nicht beeinträchtigt.

5. Wirklichkeitssinn

5.1 Sinn für die Wirklichkeit der äußeren Realität

Eingeschätzt wird, inwieweit die äußere Realität als wirklich und vertraut erlebt wird und alltägliche Realitätsbedingungen den Charakter des wie selbstverständlich Gegebenen haben.

1 Es kommt bei P häufig zu Derealisations- und tranceähnlichen Erlebnissen. Die äußere Realität erscheint P oft unvertraut und erzeugt Gefühle von Entfremdung.

2 Gelegentlich kommt es zu deutlichen, aber umschriebenen Derealisationserlebnissen. P fühlt sich seiner alltäglichen Lebenswelt nicht durchweg entfremdet.

3 Anzeichen für Derealisationserlebnisse sind selten. Es kann bei P vorkommen, daß er sich manchmal wie im Nebel fühlt oder andere Menschen wie durch einen Schleier sieht. Gelegentlich betrachtet P sich selbst wie von außen, ohne dies bewußt zu wollen.

4 Veränderte Wahrnehmungen der äußeren Realität im Sinne von Entfremdungserlebnissen sind allenfalls die Ausnahme. Sie treten vor allem dann auf, wenn es zu eingreifenden Veränderungen in der äußeren Realität kommt.

5 Die äußere Realität wird insgesamt als vertraut und wenig fremd erlebt. In belastenden Konfliktsituationen vor allem mit bedeutsamen Anderen kann es jedoch zu flüchtigen Derealisationserlebnissen kommen.

6 Derealisationserlebnisse treten allenfalls unter extremen Veränderungen in der äußeren Umgebung auf. Solche Erlebnisse bleiben jedoch flüchtig.

7 Die Wahrnehmung der äußeren Realität als wirklich bleibt gleichmäßig stabil sowohl unter durchschnittlich zu erwartenden alltäglichen Lebensbedingungen wie unter extremen Veränderungen und unter Streßbelastungen.

5.2 Sinn für die Wirklichkeit der eigenen Person und des eigenen Körpers

Eingeschätzt wird, inwieweit die eigene Person, das eigene Verhalten und der eigene Körper oder Teile des eigenen Körpers als vertraut und zugehörig erlebt werden und den Charakter des wie selbstverständlich Gegebenen haben.

1 Bei P treten häufig Depersonalisationsgefühle auf. Der eigene Körper und die eigenen Körperfunktionen werden oftmals als fremd, eigentümlich und unvertraut erlebt. P gibt fremde und als "eigenartig" empfundene Körpersensationen an, ohne organisch krank zu sein.

2 Bei P treten deutliche, aber umschriebene und flüchtigere Derealisationsgefühle auf. Teile des Körpers können von P als größer oder kleiner als gewöhnlich erlebt werden, wobei auch diese Erlebnisqualitäten vergleichsweise flüchtig sind.

3 Unter belastenden Umständen kommt es gelegentlich zu Depersonalisationsgefühlen. Dabei handelt es sich um umschriebene und unrealistische Körpererlebnisse oder -gefühle, die aber nicht zu konstanten Depersonalisationen führen.

4 Depersonalisationserlebnisse sind selten. Unter besonderen Bedingungen, wie beim Einschlafen oder Aufwachen kann es zu flüchtigen Depersonalisationsempfindungen kommen.

5 P erlebt die eigene Person und den eigenen Körper als wirklich und vertraut. Lediglich unter umschriebenen konflikthaften Situationen vor allem mit bedeutsamen Anderen können diskrete Depersonalisationsgefühle auftreten, die jedoch rasch wieder abklingen.

6 Depersonalisationserlebnisse treten bei P nur unter extremen Veränderungen der Umgebungsbedingungen auf und verschwinden völlig, wenn für P durchschnittlich zu erwartende Bedingungen wieder hergestellt sind.

7 P erlebt sich selbst als Person, sein Verhalten, den eigenen Körper und dessen Teile gleichmäßig als vertraut und zu sich selbst gehörig. Beeinträchtigungen im Sinne von Depersonalisationserlebnissen treten nicht auf.

6. Adaptive Regression im Dienste des Ich

6.1 Regressionsfähigkeit

Eingeschätzt wird, inwieweit der Realitätsbezug und realitätsorientiertes Wahrnehmen und Denken gelockert werden können und korrespondierend dazu das Bewußtsein für vormals vorbewußte oder unbewußte Erlebnisinhalte zunimmt. Dabei soll auch beurteilt werden, inwieweit derartige regressive Prozesse unkontrolliert verlaufen und Anpassung erschweren oder verhindern.

1 Es kommt bei P zu primitiven und archaischen Regressionen, die nicht mit dem Erleben von Lust und Genuß einhergehen. P's Anpassungsfähigkeit ist dabei blockiert. Dies kann sich etwa darin äußern, daß P sich von seinen Phantasien ganz und gar hinweggetragen fühlt.

2 Es kommt bei P zu weitgehenden und relativ primitiven Regressionen ohne das Erleben von Lust oder Genuß. Die regressiven Bewegungen von P blockieren seine Anpassung jedoch nicht völlig. Partiell bleit P an der Realität orientiert.

3 Regressive Phänomene können zu beobachten sein, können aber auch scheinbar fehlen. P kann relativ unfähig sein, seine strikten Kontrollen zu lockern oder partiell aufzugeben. P ist zu spielerischen Phantasien oder zur Teilnahme an humorvollen Gesprächen so gut wie nicht in der Lage. Regressive Veränderungen des seelischen Funktionsniveaus werden von P als beunruhigend erlebt.

4 Regressive Aktivitäten sind P teilweise möglich, werden jedoch selten als angenehm oder lustvoll erlebt, jedoch auch nicht als beunruhigend. P verfügt über Ansätze von Humor und Witz.

5 Es bereitet P Freude, an primitiveren, regressiven Gedankenspielereien, Gefühlen, Phantasien oder anderen mit regressiven Veränderungen von Ich-Funktionen verbundenen Aktivitäten teilzunehmen. P's Regression ist jedoch nur bis zu einem gewissen Ausmaß kontrolliert. Auf der anderen Seite kann eine relativ starke Kontrolle es manchmal schwierig machen, spielerische Regressionen leicht zuzulassen und Freude daran zu erleben.

6 P verfügt über Möglichkeiten zu lustvoller Regression und ist in der Lage, Passivität zu akzeptieren. P erlebt Freude daran, Probleme spielerisch zu lösen, fühlt sich jedoch manchmal gezwungen, gleichsam frühzeitig auf einen kontrollierteren Ich-Zustand zurückzukehren.

7 P's Regression zu primärprozeßhaften Aktivitäten und Denkweisen ist gut kontrolliert und wird als lustvoll erlebt. P kann z. B. albern sein, spielerisch oder phantasievoll und kann die Teilnahme oder auch Nicht-Teilnahme an solchen Aktivitäten willentlich steuern.
Die Bewegungen zwischen regressiven und angepaßten Funktionsweisen geschehen bei P "wie von selbst". Regression und Kontrolle können wie oszillierend abwechseln.

6.2 Kreativität

Eingeschätzt wird, wieweit primärprozeßhafte Denkweisen genutzt und kontrolliert verwendet werden können, um zur Entwicklung neuer Ideen, Einfälle, Problemlösungen etc. zu gelangen. Beurteilt werden soll auch, ob und in welchem Ausmaß Möglichkeiten der Anpassung aufgrund von kontrollierter und sekundärprozeßhafter Nutzung von Regressionen zunehmen. (Bei der Einschätzung dieser Funktion, die Kreativität genannt wird, sollte der Beurteiler von seinem Wissen um bestehende Kreativitätstheorien absehen.)

1 Zur Entwicklung von neuen Ideen, Problemlösungen etc. kommt es bei P nicht. Das, was evtl. für Originalität gehalten werden könnte, ist nicht das Ergebnis kontrollierter Regression, sondern allenfalls Resultat mechanischen Lernens oder anderer, sehr einfacher und unkreativer Prozesse. Ein Oszillieren des seelischen Funktionsniveaus wird nicht beobachtet.

2 In Zusammenhang mit den meist geplanten Aktivitäten von P können gelegentlich einzelne Traum- oder Phantasieelemente oder vergleichbare regressive Phänomene beobachtet werden. Ihr Einfluß auf die Entwicklung neuer oder kreativer Betrachtungsweisen, die die Anpassung von P fördern könnten, ist jedoch äußerst gering. P's Problemlösungen erscheinen steril und gleichförmig.

3 Der Übergang von regressiven Erfahrungen zur Anpassung ist erschwert, weil P Mühe hat, aus einem regressiven Zustand wieder aufzutauchen. Regression bzw. Kontrolle scheinen getrennt voneinander zu erfolgen, jedoch nicht zusammen, so daß kontrollierte Regressionen bei P allenfalls eine geringe Wirkung auf seine Aktivitäten im Sinne von Kreativität und Originalität haben.

4 P kann regressive Aktivitäten zwar als lustvoll erleben, kann regressive Erfahrungen jedoch nur selten oder nur unter Schwierigkeiten in Richtung Anpassung kanalisieren und zu Anpassungszwecken nutzen. P kann zwar bunte und reichhaltige Phantasien haben, sie jedoch kaum je in produktive Aktivitäten einmünden lassen.

5 P kann seine regressiven Erfahrungen für Anpassungszwecke nutzen. Der oszillierenden Funktion als Wechsel zwischen Regression und Anpassung fehlt jedoch Flexibilität, durch die sie erst für kreativ-adaptive Regression im Dienste des Ich nutzbringend würde. So kann P zwar im einen Augenblick verspielt sein und im nächsten ernsthaft; es fehlt jedoch der fließende Übergang vom einen in den anderen Zustand, der für optimale Produktivität notwendig wäre.

6 Die Fähigkeit von P, regressive Erfahrungsinhalte adaptiv-kreativ zu nutzen, ist gut entwickelt. Neue Ideen, originelle Problemlösungen und kreative Entwicklungsschritte werden öfters über den Weg regressiver Erfahrungen gefunden.

7 P erreicht adaptive, integrative und kreative Ich-Leistungen über regressive Umwege. Die oszillierende Funktion als Wechsel zwischen Regression und Anpassung ist gut ausgebildet. Diese Wechselbewegung, mit der regressive Inhalte in kreative Kanäle gelenkt werden, ist flexibel und verläuft wie von selbst.

7. Reizschwelle

7.1 Rezeptive Funktion

Eingeschätzt werden die Empfindlichkeit für, Wahrnehmung von und die Schwelle gegenüber verschiedenen Modalitäten äußerer und innerer Reize.

1 Die Schwelle von P gegenüber nahezu allen sensorischen Reizen ist äußerst gering. P's Empfänglichkeit für sensorische Einflüsse erscheint überhöht. P ist extrem empfindlich auch für unterschwellige oder periphere Reize. Die Reizschwelle von P kann aber auch extrem niedrig sein, ohne daß P die Reize bewußt wahrnimmt; dabei kann P überempfindlich z. B. gegenüber Lärm sein, ohne den Lärm jedoch bewußt zu "hören".

2 P's Schwelle gegenüber den meisten sensorischen Reizen ist sehr niedrig. Geringe körperliche Veränderungen werden von P sehr genau wahrgenommen. Es kann z. B. sein, daß ein geringer Temperaturwechsel oder relativ hohe bzw. niedrige Temperaturen P erhebliches Mißbehagen bereiten. Lärm kann zu diffuser Reizbarkeit führen; grelles Licht kann Erregung verursachen.

3 P's Reizschwelle ist niedrig. P ist mäßig empfindlich auch für periphere oder flüchtige Reize. Kälte, Hitze, Lärm oder grelles Licht werden als sehr störend empfunden. Evtl. hört, sieht oder riecht P Dinge, die andere nicht ohne gezielte Aufmerksamkeit wahrnehmen würden. P kann einen "Reizhunger" und Verlangen nach starken sensorischen Reizen verspüren. Paradoxerweise läßt sich P trotz der bestehenden Überempfindlichkeit und seiner leichten Reizbarkeit u. U. gerne von starken Reizen erregen.

4 Die Schwelle von P gegenüber sensorischen Reizen kann etwas erniedrigt, durchschnittlich, aber auch etwas erhöht sein. Es kann z. B. sein, daß P für bestimmte Geräuscharten empfindlich ist, für andere Geräuschqualitäten oder auch für Reize anderer Art dagegen nicht. So kann z.B. blinkendes Licht als sehr störend empfunden werden, gleichbleibendes, auch helles Tageslicht dagegen nicht. Bei P besteht evtl. ein "Hunger" für spezifische Reize.

5 Gegenüber den meisten Reizqualitäten hat P eine durchschnittlich hohe Reizschwelle. Nur übermäßig starke Reize werden als sehr störend empfunden.

6 Innerhalb durchschnittlicher Grenzen besteht eine relativ flexible Reizschwelle. P verfügt über gute "Abschirm-Mechanismen", die ihm sowohl eine adäquate Reizzufuhr erlauben wie Reizüberlastung verhindern. P ist für geringgradigere Geräusche empfänglich, läßt sich aber z. B. von Lärm nicht aus der Ruhe bringen. Die Empfänglichkeit für unterschwellige oder periphere Reize schwankt in Anpassung an die jeweilige Situation.

7 Flexible und wie automatische Schwankungen in der Reizschwelle. P verfügt über optimale "Abschirm-Mechanismen".

7.2 Adaptive Reaktionen auf Reize

Eingeschätzt wird der Grad der Anpassung, der Organisation und der Integration von Reaktionen auf unterschiedliche Intensitäten und Modi sensorischer Stimulierung. Beurteilt wird auch, wie effektiv Anpassung in den Bereichen motorischen Verhaltens, auf kognitiver und auf affektiver Ebene im Verhältnis zum Ausmaß der sensorischen Stimulierung gelingt.

1 Es kommt bei P zu weit überschießenden oder chaotischen motorischen Abfuhrreaktionen auf relativ geringe sensorische Reize hin. Sensorische Reize können bei P zu Schlafstörungen oder zu psychosomatischen Reaktionen wie etwa migräneartigen Kopfschmerzen führen. Drogen oder Alkohol, Lärm, Licht, Menschenansammlungen oder andere komplexe Reize können zu desorganisierten Reaktionen führen.

2 P hat öfters das Gefühl, "aus der Haut fahren" zu können. Es kommt bei P nur zu geringen adaptiven Bemühungen, die Stimulierung durch Reize zu reduzieren oder die eigenen Reaktionen auf solche Reize hin zu steuern. Schwere Schlafstörungen können auf ineffektive "Abschirmversuche" gegenüber stärkeren sensorischen Reizen zurückzuführen sein. Bei Frauen kann es prämenstruell zu stärkeren inneren Spannungszuständen oder Erregung kommen. Die Aufmerksamkeit von P und seine Aktivitäten werden bei Überstimulierung soweit in Anspruch genommen, daß adaptive Verhaltensversuche immobilisiert werden. P kann dem Typus der "Prinzessin auf der Erbse" ähneln.

3 Die motorischen Abfuhrreaktionen auf Reize hin sind weniger unkoordiniert; es besteht jedoch eine allgemeine leichte Erregbarkeit. Adaptive Bemühungen von P, Reize zu filtern, bleiben ohne nachhaltige Wirkung. Auf stärkere Reize hin kann es bei P zu desorganisierten Reaktionen kommen; es kann für P notwendig sein, sich ganz zurückzuziehen. Kommt es zu sensorischer Überstimulierung, gelingt es P nur für kurze Zeit, ein Niveau adaptiver Reaktionen aufrechtzuerhalten. Der Schlaf ist meist unregelmäßig. Auf stärkere Reize hin können Kopfschmerzen auftreten. Bei Frauen kann es prämenstruell zu stärkerer Reizbarkeit kommen.

4 P kann seine Reaktionen auf Reize hin auf einem adaptiven Niveau halten; auf stärkere Reize hin kann es jedoch zu Reizbarkeit oder Mißmut kommen. Trotz innerer Erregung durch Reizstimulierung ist P in der Lage, sich davon zu distanzieren. P's adaptives Verhalten kann von plötzlich auftretenden oder peripheren Reizen nur relativ geringfügig gestört werden. Nach Phasen des Alleinseins kann es für P schwer sein, in eine Umgebung mit komplexeren Reizen zurückzukehren.

5 Auch bei stärkerer Reizzufuhr ist P in der Lage, sein innerseelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Kommt es zu motorischen Reaktionen auf stärkere Reize hin, sind diese eher koordiniert und gleichförmig. Kommt es dennoch einmal zu explosiveren Reaktionen, ist P kurz nach der stärkeren Reizstimulierung wieder ausgeglichen und ruhig. Adaptive Aktivitäten können trotz sensorischer Stimulierung ausgeführt werden.

6 P verfügt über flexible Anpassungsmöglichkeiten auch im Bereich motorischer Abfuhrreaktionen auf Reizstimulierung hin. P kann gut schlafen, ohne sich vor Reizen defensiv zurückziehen zu müssen.

7 Auf alle Intensitätsgrade sensorischer Stimulierung hin sind flexible und wie automatische Reaktionen möglich. Diese Reaktionen erscheinen optimal angepaßt. Was für andere Personen als Reizflut erlebt wird, kann P noch recht gut ertragen. P kann gut schlafen und paßt sich flexibel an alle sensorischen Einflüsse an.

8. Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen

8.1 Ausdruck von Trieben, Affekten und Impulsen

Eingeschätzt wird die Steuerung von Impulsen, Trieben und Affekten. Die Phänomene, die zu beurteilen sind, reichen von primitivem acting-out, über triebhafte ("impulse-ridden") Charaktere, neurotisches Agieren bis hin zu indirekten Formen des Ausdrucks von Impulsen im Verhalten. Je direkter Triebe, Affekte und Impulse in das Verhalten eingehen, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit von Anpassungsstörungen.

1 P's Äußerungsformen von Aggressivität, Depressivität und/oder Sexualität sind destruktiv. P gehört u. U. zu den sog. triebhaften Charakteren. Zwischen Impulsen und Affekten und tatsächlichem Verhalten besteht für P annähernd kein Unterschied. Wenn P sich strafend verhält, kann dieses Verhalten physisch bedrohlich erscheinen. Es kann bei P zu selbstschädigendem Verhalten bis nahe an den Selbstmord kommen. Entsprechende Phantasieinhalte unterscheiden sich bei P nur wenig von seinem tatsächlichen sexuellen oder aggressiven Verhalten. P's Stimmungsschwankungen erscheinen öfters abrupt und extrem.

2 P's Handeln und Verhalten hat einen meist dranghaften Charakter. P erlebt seine dranghaften Bedürfnisse nicht bewußt; entsprechende Impulse können nur aus dem Verhalten geschlossen werden. Es kann sporadisch zu Wut- oder anderen Impulsdurchbrüchen kommen, z. B. auch in bezug auf Alkoholkonsum, Essen oder Sexualität. P's Affekte und Stimmungen zeigen erhebliche Schwankungen. P kann evtl. hypermotorisch oder zwanghaft überaktiv sein.

3 Das impuls- und affektbestimmte Verhalten von P weist Anzeichen angepaßter Steuerung auf. Aggressivität kann häufiger verbal als physisch ausgedrückt werden. Der Ausdruck von Impulsen kann gelegentlich relativ versteckt und indirekt erfolgen. Andererseits sind bei P auch wenig gesteuerte, impulsbestimmte Verhaltensweisen zu beobachten, z.B. eine Neigung zum "Sich-Überfressen", ein exzessives Interesse an Sammeln von Gegenständen, an Sauberkeit u.ä. Unbewußte Wünsche und Phantasien werden häufiger ausagiert.

4 P kann sein impuls- und affektbestimmtes Verhalten relativ angepaßt steuern, solange die situativen Bedingungen wenig belastend sind. In besonderen Situationen oder spezifischen Personen gegenüber kommt es jedoch zu nur wenig gesteuerten Impulsdurchbrüchen. Unbewußte Wünsche und Phantasien werden gelegentlich ausagiert. Besonders unter spezifischen Konfliktbelastungen ist stärkere Reizbarkeit und Erregbarkeit bei P zu beobachten.

5 Triebe, Affekte und Impulse können in gesteuerter Form in das Verhalten Eingang finden. Reizbarkeit, Erregbarkeit oder Impulsivität sind bei P eher Reaktionen auf spezifische und umschriebene konfliktbestimmte Erfahrungen oder erfolgen auf Streßsituationen und von außen kommende Provokationen hin. Damit verbundene, aber indirekte Verhaltensweisen und Interessen können bei P z. B. in Form von Spotten, als situationsunangemessenes Flirten oder in Form von Sexualisierung von Arbeitsvollzügen zum Ausdruck kommen. Das Ausagieren unbewußter Konflikte bleibt diskret. Auf Enttäuschungen hin kann es bei P zu mäßigen Depressionen kommen.

6 P's Verhaltensweisen und Interessen, die aggressiv oder sexuell bestimmt sind, manifestieren sich ganz überwiegend in sublimierter bzw. neutralisierter Form. P befriedigt seine sexuellen Bedürfnisse überwiegend im Geschlechtsverkehr. Ein ungewöhnliches sexuelles oder aggressives Verhalten wird nur unter extremen Provokationen oder unter langanhaltendem Streß beobachtet.

7 Offen aggressives Verhalten oder entsprechende Verhaltensabkömmlinge werden bei P allenfalls dann beobachtet, wenn alternative Verhaltensmöglichkeiten fehlen, z. B. dann, wenn P vital bedroht wird oder dann, wenn es für P keine andere Möglichkeit gibt, die eigene Wertschätzung angemessen aufrechtzuerhalten. Über diese aggressiven Verhaltensweisen hinaus ist wenig gesteuerte Aggressivität zur Bewältigung von Problemen oder zum Erreichen von wichtigen Zielen nicht notwendig. P's bevorzugtes sexuelles Verhalten ist der Geschlechtsverkehr. Depressive Verstimmungen und verwandte Stimmungslagen beschränken sich bei P auf Gefühle von Traurigkeit, Gram und Trauer als Reaktionen auf den Verlust wichtiger Objekte.

8.2 Frustrationstoleranz und Befriedigungsaufschub

Eingeschätzt wird die Wirksamkeit von Aufschub- und Kontrollmechanismen, sowohl im Sinne von Über- wie von Unterkontrolle. Beurteilt werden sollen auch der Grad der Frustrationstoleranz und wieweit Impulsabkömmlinge in Denkprozesse, affektiven Ausdruck und in manifeste Verhaltensformen umgesetzt werden können.

1 Es fällt P sehr schwer, sexuelle, aggressive oder andere Bedürfnisse aufzuschieben, weil die Fähigkeiten zur Steuerung im Verhältnis zum Impulsdruck schwach erscheinen. Physische Aktivitäten sind für P der effektivste Weg, seine Impulse oder Bedürfnisse unter Kontrolle zu halten. P verfügt über eine nur geringe Frustrations-, Angst- und Depressionstoleranz.

2 Bedürfnisse und Impulse werden von P entweder kaum oder aber sehr strikt kontrolliert. Handelt es sich um sehr strikte Kontrollen, erscheinen diese rigide und brüchig, so daß bei P Phasen von Überkontrolle mit Impulsdurchbrüchen oder psychosomatischen Reaktionen abwechseln. In depressiven Verstimmungen verfügt P kaum über Möglichkeiten, Triebe, Impulse und Affekte auszudrücken. Im Falle der Überkontrolle von Bedürfnissen und Impulsen kann P sexuelle und aggressive Bedürfnisse nicht in offenem Verhalten ausdrücken. Phänomene wie Voyeurismus, Promiskuität, Beschäftigung mit Pornographie u. ä. treten als Folge starker Impulse bei geringen Steuerungsmöglichkeiten auf.

3 P's Fähigkeiten zum Befriedigungsaufschub können relativ gut erscheinen. Die Kontrollmechanismen verlaufen jedoch nicht zwanglos, sondern unter erheblichen Anstrengungen ("Zähne zusammenbeißen", "erst mal bis zehn zählen"). P's Versuche, den Ausdruck von Impulsen zu steuern, können etwas rigide erscheinen. Es kann bei P andererseits auch zu Überreaktionen und einer Neigung zum Dramatisieren kommen.

4 In relativ konfliktfreien Bereichen erscheinen P's Fähigkeiten zum Aufschub von Trieben, Impulsen und Affekten relativ gut und bis zu einem gewissen Grad flexibel. In umschriebenen und konfliktbelasteten Bereichen kommt es jedoch wiederholt zu entweder unterkontrollierten oder überkontrollierten Reaktionen, besonders in Beziehungen zu bedeutsamen Anderen. Im Falle solcher Reaktionen versagen auch P's Bemühungen, den Ausdruck von Impulsen und Affekten kontrolliert zu steuern.

5 In konfliktfreien Bereichen verlaufen P's Kontroll- und Aufschubmechanismen relativ automatisch; in konflikthaften Bereichen sind dagegen gezielte Bemühungen erforderlich. Die Kontrolle verläuft jedoch ohne große Anstrengung erfolgreich.

6 P kann seine Bedürfnisse und Impulse mit Hilfe flexibler Steuerungs- und Aufschubmechanismen im Verhalten flexibel ausdrücken. Die Intensivierung bzw. Lockerung von Kontrollen kann sowohl willentlich wie automatisch erfolgen und ist auf die jeweilige Situation weitgehend abgestimmt.

7 P's Kontrollen in Hinblick auf die Umsetzung von Bedürfnissen und Impulsen in Verhalten verlaufen flexibel und wie automatisch. Die Flexibilität von Aubschub- und Kontrollmechanismen ermöglicht es P, jeweils in Übereinstimmung mit seinen eigenen Neigungen zu reagieren. In verschiedensten Lebensbereichen kann ein flexibles Anpassungsniveau aufrechterhalten werden.

9. Denkprozesse

9.1 Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit

Eingeschätzt werden soll die Anpassungsfähigkeit in Hinblick auf die Funktionen Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit.

1 Die Funktionen Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit weisen unmittelbar zu erkennende grobe Beeinträchtigungen auf.

2 P's Gedächtnis erscheint grob lückenhaft und beschränkt sich überwiegend auf die Speicherung stereotyper Inhalte wie Namen, Farben u. ä. Die Aufmerksamkeitszuwendung und Konzentrationsfähigkeit von P sind beeinträchtigt. Beide Bereiche sind leicht störbar.

3 Bei P manifestieren sich breitere Gedächtnislücken. Versucht P sich zu konzentrieren, kommt es durch einschießende eigene Gedanken oder durch äußere Reize leicht zu Störungen. P's Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bleiben nur dann ungestört, wenn gröbere Reize ausbleiben.

4 P's Erinnerungsvermögen, Aufmerksamkeitszuwendung und Konzentrationsfähigkeit lassen unter besonderen Umständen vorübergehend nach, z. B. in emotional "aufgeladenen" Situationen und unter gröberen Störeinflüssen. Es kostet P größere Anstrengungen, die genannten Funktionen effektiv auszuüben.

5 Mäßige Störreize können bei P zu leichten und vorübergehenden Beeinträchtigungen der Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfunktionen führen, geringere Störreize dagegen nicht. Um diese Funktionen effektiv auszuüben, bedarf es bei P mäßiger Anstrengungen.

6 Allenfalls unter physischen oder psychischen Belastungen können Gedächtnisfunktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration vorübergehend etwas beeinträchtigt sein. Darüber hinaus finden sich jedoch keine Störungen dieser Funktionen.

7 P kann sich selbst unter starken Störeinflüssen gut konzentrieren. P's Kurz- und Langzeitgedächtnis ist durchweg sehr gut. Diese Funktionen verlaufen bei P wie automatisch.

9.2 Vorstellungsvermögen

Eingeschätzt wird das Vorstellungsvermögen. Beurteilt werden soll auch, inwieweit sich P mit seinem abstrakten oder konkreten Denken auf verschiedene Situationsanforderungen abstimmen kann.

1 P ist zur Entwicklung von Vorstellungen, zum Verallgemeinern oder zu abstraktem Denken bei Problemlösungen oder anderen Aufgaben kaum in der Lage. Objekte und Erfahrungen werden entweder nur extrem konkret oder nur extrem allgemein aufgefaßt. P kann den Sinn von Metaphern oder Gleichnissen kaum verstehen. Die allgemeine Aussage von Sprichwörtern wird kaum erfaßt. P versteht vor allem extrem "wörtlich". P ist kaum in der Lage, zwischen Objekten und Symbolen oder Zeichen, die das Objekt repräsentieren, zu unterscheiden. P's Fähigkeit zu schlußfolgerndem Denken ist äußerst gering.

2 P's abstraktes Denkvermögen ist gering. P denkt entweder übermäßig konkret oder übermäßig verallgemeinernd und verfügt über nur geringe Fähigkeiten, zwischen disparaten Objekten, Ereignissen und Erfahrungen Beziehungen zu erkennen.

3 P's abstraktes Denken und Vorstellungsvermögen können vorübergehend beeinträchtigt sein. Konkretistische oder allgemeine Denkmodi überwiegen. P's Denken ähnelt einem "Alles-oder-nichts-Typ", d. h. einem Denken ohne Abstufungen. Es fällt P schwer, denkend und sich vorstellend verschiedene Möglichkeiten der Problem- und Aufgabenlösung in Erwägung zu ziehen.

4 P zeigt gelegentlich flexible Fähigkeiten in Hinblick auf sein Vorstellungsvermögen. Unter Belastungen treten jedoch übermäßig konkrete oder allgemeine Modi des Denkens in den Vordergrund. P's Denken kann unter derartigen Umständen vorübergehend ungeordnet oder unlogisch erscheinen.

5 P's Schwächen im Bereich des Vorstellungsvermögens sind gering. Unter Belastungen kann es jedoch tendenziell zu übermäßig konkreten oder übermäßig allgemeinen Modi des Denkens kommen, wobei P diese Beeinträchtigungen aber ohne weiteres korrigieren kann.

6 P verfügt über ein gutes Vorstellungsvermögen. P kann neue Ideen entwickeln und sich auf sie einlassen. Zwischen konkreten und abstrakten Denkmodi kann situationsadäquat hin- und hergependelt werden.

7 P's anschauliches Denken ist sehr gut ausgeprägt. P vermag zwischen abstrakten und konkreten Denkweisen sobald erforderlich gut und flexibel hin- und herzupendeln.

9.3 Sprache und Kommunikation

Eingeschätzt wird, in welchem Ausmaß Sprache und Kommunikation primär- oder sekundärprozeßhafte Denkweisen widerspiegeln.

1 P's sprachliche Äußerungen und Kommunikationsweisen weisen auf bizarre und gelegentlich fragmentierte Gedanken hin. Kommunikation wird durch starres oder weitschweifiges Denken erschwert. Es kommt in der verbalen Ausdrucksweise zu unvermittelten Abbrüchen und gelegentlichen Bizarrerien. Das Denken erscheint öfters unlogisch. P's verbale Äußerungen können primärprozeßhafte Verdichtungen und Widersprüche enthalten.

2 Es ist manchmal schwierig, den Gedanken von P zu folgen. P drückt öfters eigentümliche und befremdliche Ideen aus. Es kommt häufiger zu Kommunikationsabbrüchen, die jedoch umschrieben bleiben und darauf zurückzuführen scheinen, daß Phantasien und impulsbestimmte Ideen die Gedanken unterbrechen. Der sprachliche Mitteilungsfluß wird dann jeweils unterbrochen. Die Logik des Denkens erscheint gelegentlich etwas beeinträchtigt.

3 P's Art zu kommunizieren wirkt entweder etwas rigide und "buchstabengetreu" oder aber weitschweifig und zerfahren. P äußert gelegentlich etwas eigentümliche Ideen. Besonders unter Belastungen können plötzlich auftauchende Gedanken die Kommunikation stören, die dann etwas zerrissen erscheinen kann. Im kommunikativen Austausch wechseln etwas starre oder weitschweifige mit flexiblen Äußerungsformen ab.

4 Unter belastenden Bedingungen erscheint P's Art und Weise zu denken gelegentlich ungenau, unklar oder etwas zwanghaft übergenau. Es fällt P gelegentlich schwer, wegen plötzlich einschießender Assoziationen an einem Gedanken festzuhalten. Etwas befremdliche Ideen, Weitschweifigkeit oder zwanghafte Übergenauigkeit kommen gelegentlich vor. P kann sich manchmal von objektiven Fakten nicht lösen.

5 P's Art und Weise zu kommunizieren ist überwiegend klar und relativ eindeutig; das Denken erscheint geordnet. In konflikthaften Situationen kommt es jedoch gelegentlich und flüchtig zu unlogischem Denken und etwas verschrobenen oder übergenauen Äußerungsformen, manchmal auch zu umschriebenen Verdichtungen oder Widersprüchen.

6 Die Kommunikation von P ist meist klar, präzise und flexibel. Eventuell fällt bei P eine leichte privatistische Ausdrucksweise auf. P's Denken erscheint ganz überwiegend geordnet und logisch.

7 P verfügt über die Fähigkeit, spontane Einfälle und Assoziationen in genaue, aber nicht rigide Kommunikationsmuster zu integrieren. In P's Ausdrucksweise fehlen gröbere Eigentümlichkeiten. P verfügt über eine sehr gute Fähigkeit, zwischen verschiedenen Gesprächsebenen zu wechseln. Die Kommunikation ist unzweideutig und bedient sich der intersubjektiv geteilten Bedeutung von Wörtern und Begriffen.

10. Aktivität und Kompetenz

10.1 Kompetenz

Eingeschätzt wird, inwieweit P in der Lage ist, in Abhängigkeit von seinen tatsächlichen Fähigkeiten mit seiner Umwelt in Beziehung zu treten, sie aktiv zu bewältigen und zu beeinflussen.

1 P tut praktisch nichts, um mit seiner Umgebung in Beziehung zu treten, sie aktiv zu verändern oder zu beeinflussen. Dabei ist P weitgehend unfähig, seine tatsächlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten in bezug zur Realität zu nutzen. Die Aktivitäten, die bei P zu beobachten sind, sind eher Ausdruck passiven Reagierens als aktiver Einflußnahme.

2 Bei P sind nur minimale Anstrengungen zu beobachten, aktiv mit der Umwelt fertig zu werden. Typisch ist, daß P auf die "Dinge, die da kommen sollen" eher wartet, als den Versuch zu machen, sie aktiv herbeizuführen.

3 "Erfolgreiche" Interaktionen von P mit seiner Umgebung sind meist Folge des Versuches, die Umwelt passiv zu beherrschen oder andere Menschen zu manipulieren. Typisch dafür ist z. B. ein erfolgloser Student, der zwar gute Fähigkeiten besitzt und im Studium über einen gewissen Zeitraum hinweg gute Leistungen erbringt, der aber in seinen Leistungen in dem Augenblick mehr und mehr abfällt, wo aktiver Einsatz und aktive Erfolgsbemühungen erforderlich werden.

4 P ist manchmal passiv, manchmal aktiv. P's aktive Bemühungen gelten vornehmlich dem Versuch, andere Personen zu Aktivitäten zu veranlassen, aufgrund derer sich dann für P selbst ein gewünschtes Ergebnis einstellt; sie gelten jedoch sehr viel weniger dem Versuch, durch eigene Einflußnahme oder Veränderungsbestrebungen das gewünschte Ergebnis unmittelbar zu erreichen.

5 Bei P sind über längere Phasen hinweg aktive Bemühungen und Beeinflussungsversuche seiner Umwelt zu beobachten. In umschriebenen Bereichen ist P dagegen relativ erfolglos; hier fallen Kompetenzmängel auf. So kann P z.B. in einer Psychotherapie optimale Einsicht gewonnen haben, vermeidet es jedoch, im Sinne des Durcharbeitens eigene Aktivitäten zur Konfliktlösung einzusetzen und zu nutzen. Hierher gehören auf der anderen Seite auch Persönlichkeiten wie der "do-it-yourself-Typ", die ein übermäßiges Bedürfnis nach aktiver Einflußnahme und Beherrschung der Umwelt haben, und die fürchten, ihre Anstrengungen und Aktivitäten zu verringern, weil sie schwer in der Lage sind, Passivität zu ertragen.

6 P's Kompetenz und Bemühungen um aktive Einflußnahme auf die Umwelt sind gut ausgeprägt. Nur unter extremen Belastungen kommt es vor, daß P nicht in der Lage ist, sich auf seine tatsächlichen Fähigkeiten zu besinnen.

7 P verfügt über reichhaltige adaptive Möglichkeiten in Hinblick darauf, aktiv mit seiner Umwelt fertig zu werden, sie zu verändern und gezielt zu beeinflussen. P befindet sich in optimaler Übereinstimmung mit den Möglichkeiten und Begrenzungen sowohl seiner Umgebung wie seiner eigenen Begabungen und Fähigkeiten.

10.2 Kompetenzgefühl

Eingeschätzt wird das Gefühl für die eigene Kompetenz. Dabei ist zu beurteilen, wie P seine eigenen Fähigkeiten zur aktiven Bewältigung und Veränderung seiner Umwelt erlebt. In diesem Zusammenhang werden auch Erfolgs- und Leistungserwartungen eingeschätzt. Das Kompetenzgefühl ist höher, wenn es die tatsächliche Kompetenz übersteigt, es ist niedriger oder negativ, wenn es niedriger ist als der tatsächlichen Kompetenz entsprechen würde. Wie die tatsächliche Kompetenz zu beurteilen ist, bleibt bei dieser Einschätzung außer acht.

1 P's Kompetenzgefühl ist annähernd gleich Null. P fühlt sich unabhängig von seinen tatsächlichen Leistungen machtlos und unfähig, effektiv zu handeln.

2 P hat ein nur geringes bzw. nur sporadisches Gefühl für die eigene Kompetenz. Tatsächliche Erfolge werden von P als Glück oder Schicksal erlebt.

3 P's Gefühl für die eigene Kompetenz ist relativ gering. Dies kann z. B. bei masochistischen Persönlichkeiten der Fall sein, die an ihren Ich-Einschränkungen und ihrem geringen Gefühl für eigene Wirkung leiden. Typisch ist z. B. jemand, der immer wieder in Arbeitsbereichen tätig wird, für die er überqualifiziert ist.

4 P's Gefühl für die eigene Kompetenz ist erniedrigt, weil P seine eigenen Bemühungen und Erfolge unabhängig von tatsächlichen Erfolgen abwertet. Dieses erniedrigte Kompetenzgefühl kann z. B. auf geringe Selbstschätzung, auf Schuldgefühle, auf masochistische Neigungen, auf einen wenig ausgeprägten Realitätssinn oder auf Angst vor Neid u. ä. zurückzuführen sein.

5 Das Kompetenzgefühl von P ist eher erhöht als niedrig.

6 P hat ein gut ausgeprägtes Kompetenzgefühl. P ist sich seiner Erfolge bewußt, die er bei Bemühungen erzielt, seine Umgebung im Sinne seiner eigenen Interessen zu verändern.

7 P verfügt über ein hohes Kompetenzgefühl. P fühlt sich außergewöhnlich gut in der Lage, seine Umgebung zu beeinflussen und zu bewältigen.

10.3 Realitätsgrad des Kompetenzgefühls

Eingeschätzt wird, inwieweit tatsächliche Kompetenz und Kompetenzgefühl übereinstimmen oder auseinanderklaffen. Dieses Maß ist negativ, wenn die tatsächliche Kompetenz höher liegt als dem subjektiven Gefühl für die eigene Kompetenz entspricht; es ist entsprechend positiv, wenn das Kompetenzgefühl die tatsächliche Kompetenz übersteigt, und es ist ausgeglichen, wenn Kompetenz und Kompetenzgefühl übereinstimmen.

1 Die Diskrepanz zwischen tatsächlicher Kompetenz und Kompetenzgefühl kann sowohl negativ, positiv wie auch ausgeglichen sein. Ist die Diskrepanz negativ oder positiv, dann ist sie extrem groß. Ausgeglichen ist das Verhältnis z. B. dann, wenn bei einem Mangel an tatsächlicher Kompetenz überhaupt kein Gefühl für die eigene Kompetenz besteht, also beide Werte für sich genommen gleich Null sind.

2 Die Diskrepanz kann negativ, positiv oder ausgeglichen sein. Positive oder negative Differenzen sind sehr groß, jedoch weniger als in 1).

3 Die Diskrepanz kann negativ, positiv oder ausgeglichen sein. Positive und negative Differenzen sind groß, jedoch weniger als in 2).

4 Die Diskrepanz kann negativ, positiv oder ausgeglichen sein. Positive und negative Differenzen sind jedoch relativ geringfügig.

5 Eine Diskrepanz zwischen Kompetenzgefühl und tatsächlicher Kompetenz fehlt weitgehend, d. h. das Verhältnis zwischen beiden ist etwa ausgeglichen. Eventuelle Abweichungen sind gering.

6 Tatsächliche Kompetenz und Kompetenzgefühl stimmen bei P überein. Kommt es gelegentlich zu Abweichungen, sind diese sehr geringfügig.

7 Bei P besteht eine optimale Übereinstimmung zwischen tatsächlicher Kompetenz und Kompetenzgefühl.

11. Synthese und Integration

11.1 Ambiguitätstoleranz

Eingeschätzt wird, ob und inwieweit P in der Lage ist, diskrepante oder potentiell widersprüchliche Einstellungen, Werte, Affekte, Verhaltensweisen und Selbstbilder auszuhalten, miteinander zu vereinbaren und zu integrieren.

1 P verfügt nur über minimale Fähigkeiten, Widersprüchlichkeiten zu tolerieren. P ist z. B. sehr verwirrt, wenn seine Gedankeninhalte im Gegensatz zu den sie begleitenden Gefühlen stehen. Ambiguitäten oder Nicht-Übereinstimmungen, die in Zusammenhang mit äußeren Ereignissen auftreten, können von P annähernd nicht ausgehalten werden. P nimmt häufig wechselnde, stark vereinfachende oder extreme Standpunkte ein, weil er nicht in der Lage ist, tieferliegende Zusammenhänge hinter oberflächlichen Widersprüchen zu erkennen. Bei P können evtl. starke Diskrepanzen zwischen seinem Affektausdruck und seinem Verhalten bzw. seinen Gedankengängen zu beobachten sein.

2 Widersprüchliche Aspekte von Erfahrungen, Verhaltensweisen und Selbstbildern können von P nur in geringem Ausmaß toleriert und integriert werden. Ereignisse werden von P häufig als fragmentiert, zwiespältig und widersprüchlich erlebt. P kann Einstellungen zum Ausdruck bringen, die mit seinem eigenen Verhalten in keiner Weise übereinstimmen. Kommt es aufgrund dessen zu unübersehbaren Widersprüchen, wird dies von P u. U. als quälend erlebt.

3 Es gibt bei P deutliche Hinweise dafür, daß widersprüchliche Aspekte von Erfahrungen, Verhaltensweisen und Selbstbildern nicht ausreichend integriert werden können. P fehlen z. B. konsistente Ziele. Bei P können divergente Karrierebestrebungen und widersprüchliche Zukunftspläne vorliegen. Durch offensichtliche Widersprüche und Unvereinbarkeiten erscheint P beeinträchtigt.

4 In einigen Bereichen kann P potentielle oder tatsächliche Widersprüche innerlich miteinander vereinbaren, während in anderen Bereichen solche Widersprüche unintegriert nebeneinander her bestehen bleiben. P kann Schwierigkeiten haben, Liebe und Haß der gleichen Person gegenüber zu tolerieren. Es kann P schwerfallen, disparate Aspekte seiner Persönlichkeit im Sinne einer zusammengehörigen eigenen Identität zu erleben.

5 P's Persönlichkeit erscheint überwiegend konsistent. Nur phasenweise und vorübergehend kommt es bei P dazu, daß widersprüchliche Einstellungen, Werte, Affekte und Verhaltensweisen als verwirrend erlebt werden. Es kann z. B. sein, daß es P verwirrt, wenn die gleiche Person einmal Führer, dann wieder Geführter ist.

6 Die meisten Persönlichkeitsbereiche von P erscheinen konsistent und gut miteinander integriert. Inkonsistenzen im Verhalten, im Affektbereich oder im Denken sind geringfügig. Gegenüber unausweichlichen Inkonsistenzen und Widersprüchen verfügt P über ausreichende Toleranz. P ist z. B. in der Lage, sich auch bei schwerer Arbeit seinen Sinn für Humor zu bewahren.

7 P verfügt über eine ausgeprägte und flexible Konsistenz und Integration in den Bereichen von Denken, Fühlen und Verhalten. P's Einstellungen und Werte decken weite Gefühls- und Meinungsbereiche ab. Unvereinbarkeiten und Widersprüche werden sehr gut toleriert, ohne daß das Erleben von Konsistenz davon berührt würde.

11.2 Aktive Integration

Eingeschätzt wird, wieweit P in der Lage ist, sowohl innerpsychische Erfahrungen wie Verhaltensaspekte aktiv zueinander in Beziehung zu setzen, d.h. zu integrieren.

1 P kann sich nur mit einer, nicht aber mit mehreren Aufgaben gleichzeitig befassen. Ist P mit einer einfachen Aufgabe beschäftigt und eine zweite Aufgabe kommt hinzu, wird P damit nicht fertig. P klammert sich dann entweder an die erste Aufgabe oder reagiert dermaßen desorganisiert, daß jeder Versuch, aktiv mit dieser Situation fertig zu werden, auf ein Minimum reduziert erscheint. Aktive, adaptive Verknüpfungen unterschiedlicher Aspekte von Erfahrungen sind bei P selten. P kann z. B. wichtige Erfahrungen der Vergangenheit nicht zur Lösung aktueller Probleme nutzen. Die Fähigkeit, erst zu planen und dann der Planung gemäß Aktivitäten auszuführen, ist bei P gleich Null. Es kann bei P zu raschem Stimmungswechsel kommen, wobei P jeweils nicht angeben kann, was eine Stimmung bei ihm hervorgerufen hat und durch welches Ereignis es zu einer anderen, nachfolgenden Stimmung gekommen ist. Bei P sind starke Fragmentierungsneigungen zu beobachten.

2 P zeigt nur minimale aktive Bemühungen, um divergierende Erfahrungsaspekte untereinander in Beziehung zu setzen. Vergangene Erfahrungen und Ereignisse können nicht zu gegenwärtigen Erfahrungen und Verhaltensweisen in Beziehung gesetzt werden. P kann aktuelle Probleme nicht lösen unter Nutzung entsprechender zurückliegender Erfahrungen. P's Leben erscheint wie eine Anhäufung von Bruchstücken und losen Enden, die nicht miteinander verknüpft werden können.

3 P hat Schwierigkeiten, mehr als eine Aufgabe oder Aktivität gleichzeitig auszuführen. P erscheint in seinem Alltagsleben wenig organisiert. Einfache Aktivitäten kann P verläßlich durchführen. Bemüht sich P um aktive Organisation und Planung, führt dies eher zu bruchstückartigen, fragmentierten Ergebnissen. P lebt z. B. von einem Tag auf den anderen ohne geplante Richtung.

4 P's aktive Bemühungen, verschiedene Aspekte von Erfahrungen miteinander in Beziehung zu setzen, zeigen durchschnittlichen Erfolg. P kann zweckgerichtete und geplante Aktivitäten zwar ausführen; Versuche von P, seinen Alltag zu organisieren, können jedoch Mühe bereiten. P ist nicht immer in der Lage, anfallende Aufgaben der Alltagsroutine durchzuführen. P's Toleranz gegenüber unvorhergesehenen Unterbrechungen der Alltagsroutine ist gering. In Zusammenhang damit fällt es P schwer, seinen Alltagsverpflichtungen zeitgerecht nachzukommen.

5 Bei P's aktiven Bemühungen, verschiedene Lebens- und Erfahrungsbereiche im Dienste der Anpassung miteinander zu vereinbaren, kommt es zeitweise zu Schwierigkeiten. Es kann sein, daß P etwas aus dem Gleichgewicht gerät, wenn es zu unerwarteten und unumgänglichen Veränderungen im Ablauf der Alltagsroutine kommt. Allerdings kann P sein inneres Gleichgewicht jeweils ohne größere Mühe wieder herstellen.

6 P's Bemühungen, verschiedene Erfahrungsbereiche miteinander zu verknüpfen, sind wirkungsvoll und erfolgreich. P's Verhalten erscheint gut organisiert. Bemühungen um Integration verschiedener Erfahrungsaspekte sind mit relativ wenig Belastung verbunden. Die verschiedenen Lebensbereiche - soziale, sexuelle, berufliche u. a. - sind bei P befriedigend miteinander integriert.

7 P ist in der Lage, Verbindungen und Verknüpfungen zu finden zwischen unterschiedlichen Aspekten seiner Erfahrungen. P kann flexibel auf komplexe Probleme reagieren und mit einer Mehrzahl unterschiedlicher Aufgaben gleichzeitig fertig werden. Diese Fähigkeit ist sowohl im Bereich des Denkens wie im Verhalten zu beobachten und dient der aktiven Problemlösung. Pläne können ohne größere psychische Anstrengungen auch ausgeführt werden, wobei P zugleich in der Lage ist, sich schnell umzuorientieren, wenn sich herausstellt, daß eine Aufgabe nicht im Sinne des anfangs gefaßten Planes gelöst werden kann. Wenn neue und unerwartete Wege und Möglichkeiten z. B. bei Problemlösungen auftauchen, kann P sich rasch darauf einstellen und sein Verhalten umorientieren. Wenn Stimmungslagen wechseln, kann P deren Ursachen gut angeben, so daß auch hier ein ausgeprägter Sinn für Kontinuität besteht.

II.

Gesichtspunkte zur Erfassung von Ich-Funktionen im Rahmen der tiefenpsychologischen Anamnese.

(nach BELLAK, HURVICH und GEDIMAN 1973)

Ins Deutsche übertragen und modifiziert von U. STREECK

Anweisungen für den Anamnesenerheber

Die nachfolgenden Gesichtspunkte sollen dem Anamnesenerheber als Hinweise darauf dienen, auf welche Gesichtspunkte bei der um diese Schwerpunkte erweiterten tiefenpsychologischen Anamnese besonderes Gewicht gelegt werden soll.
Die Technik der Erhebung soll von der bei Erhebung der tiefenpsychologischen Anamnese nicht abweichen.
Bei Fokussierung der Aufmerksamkeit des Anamnesenerhebers auf Aspekte von Ich-Funktionen des Patienten ist insbesondere auch darauf zu achten, ob sich ggfs. zu erkennende Ich-Funktionsstörungen des Patienten generell oder nur in umschriebenen Lebensbereichen, nur aktuell oder durch die Lebensgeschichte hindurch manifestieren.

1. Objektbeziehungen

Art der Beziehungen zu infantilen Objekten

Art der Beziehungen zu aktuell wichtigen Bezugspersonen

Ausmaß von Wiederholungen in Objektbeziehungen

Ähnlichkeiten wichtiger Bezugspersonen

Subjektives Befinden in nahen und distanzierten Beziehungen

Aufrechterhaltung von Nähe

Wechsel von Nähe und Distanz

An welchem Punkt werden Beziehungen als zu nahe erlebt?

Welche Umstände und inneren Erlebnisweisen führen dazu, daß Beziehungen abgebrochen werden?

Können unbefriedigende Beziehungen beendet werden?

Angst vor Kränkungen in Beziehungen

Erleben von Zurückweisung

Erleben von Verlassen-Werden

Kränkbarkeit und Kritikempfindlichkeit

Häufigkeit und Anlässe von Enttäuschungen in Beziehungen

Kann P alleine leben? Wie wird Alleinsein bewältigt?

Wie geht P damit um, wenn wichtige Bezugspersonen vorübergehend oder über längere Zeit hinweg nicht physisch präsent sind?

Wie gestaltet P seine freie Zeit, wenn er alleine ist?

Verständnis, Mitgefühl und Empathie für andere Menschen.

Wünsche und Bemühungen, daß andere sich zum Zwecke des eigenen Wohlbefindens verändern

Modi eigener Bedürfnisbefriedigung in der Beziehung zu anderen Menschen

Wie ist es P möglich, die Aufmerksamkeit und Zuwendung anderer zu gewinnen?

Erleben von Macht über und Einflußnahme auf andere Menschen

Dominanz und Unterordnung in wichtigen Beziehungen

Kontaktinitiative

Initiative in sexuellen Beziehungen

Art, Intensität und Ausschließlichkeit sexueller Beziehungen

Erleben von Einsamkeit mit und ohne wichtige Beziehungen.

2. Narzißtische Gleichgewichtsregulierung

Fragen und Zweifel darüber, wer P im Grunde eigentlich selbst sei

Erleben von Eigenständigkeit

Selbstbeschreibung

Verhaltensweisen und "Techniken" zur Erlangung von Wohlbefinden

Auslöser von Kränkungen

Einfluß von und Beeindruckbarkeit durch Meinungen und Stellungnahmen anderer

Beeinflussung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewußtseins durch Lob, Bestätigung oder Komplimente

Abhängigkeit des Selbstwertgefühls und des Selbstbewußtseins durch Kontakt mit anderen, die besonderes soziales Ansehen genießen, erfolgreich sind, als intelligent gelten und ähnliches

Erleben außergewöhnlich enger Verbundenheit mit anderen

Verschmelzungserlebnisse

Erlebt P von sich selbst, daß er die Gedanken oder die jeweilige Befindlichkeit von anderen zu erkennen vermag?

Beeinflußbarkeit des Selbstwertgefühls und des Selbstbewußtseins durch Drogen (z. B. Alkohol)

3. Realitätsprüfung

Sicherheit der Unterscheidung Traum-Wirklichkeit

Unsicherheiten darüber, ob etwas tatsächlich geschehen ist oder nur Einbildung war

Ausmaß illusionärer Verkennungen und Projektionen

Verkennungen von Bedeutung und Sinn des Verhaltens anderer

Muß P "überall dabei sein", insbesondere in bezug auf soziale Beziehungen in seiner Umgebung?

Zeichen diskreter Desorientiertheit

Genauigkeit der Wahrnehmung von Objekten

Genauigkeit der Wahrnehmung von Beziehungen und deren Wechselseitigkeiten

Wahrnehmung von Gefühlen

Fähigkeit der Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse, Stimmungen, Verbote, Ziele, Ideale etc.

Fähigkeit der Binnenwahrnehmung in wichtigen Beziehungen

Phantasietätigkeit

4. Urteilsfunktion

Häufigkeit und Wiederholung selbstschädigender Verhaltensmuster

"Spontaneität" des Verhaltens, unabhängig von möglichen Folgen und Konsequenzen

Abstimmung eigenen Verhaltens auf potentielle Reaktionen von anderen

Fähigkeit der Einschätzung anderer Personen

Kommt es häufiger vor, daß P überrascht ist davon, wie andere auf ihn reagieren?

Erlebt P häufiger, daß andere sein Verhalten offenbar nicht so einschätzen, wie er es selbst sieht?

Täuscht sich P häufiger in anderen Menschen?

Ausmaß von Vertrauensseligkeit

Planen von Entscheidungen

Entscheidungsfindungen

Impulsivität

Sorglosigkeit und Unbedachtheit im Umgang mit sich selbst

Waghalsigkeit - Risikofreude

Bedrohung durch soziale Konsequenzen, physische Gefahren, Strafen etc. durch "spontane" Verhaltensweisen

Sorglosigkeit und Unbedachtheit eigenen Verhaltens

Kommt es häufiger vor, daß P andere Menschen, ohne dies selbst zu intendieren, vor den Kopf stößt?

5. Wirklichkeitssinn

Erlebnisse im Sinne des déjà vu

Erleben von Unwirklichkeit und Unvertrautheit der alltäglichen Umgebung

Entfremdungserlebnisse (auch Mikropsie, Makropsie)

Tranceerlebnisse

Depersonalisationserlebnisse

Ungewöhnliche Körpersensationen ohne organische Grundlage

6. Adaptive Regression im Dienste des Ich

Umgang mit und Erleben von Muße

Tagträumereien

Konkretes Ausphantasieren und Zukunftspläne

Originelle und schöpferische Einfälle und Ideen

Toleranz gegenüber spontanen, auch ungewohnten und evtl. absonderlichen Einfällen, Ideen und Gedanken

Dösezustände

Verliert P sich gelegentlich in seinen eigenen Gedanken und Phantasien?

Originelle und kreative Tätigkeiten

Spontanverhalten

Umgang mit und Erleben von Musik, Malerei, Belletristik und anderen Künsten

Freizeitaktivitäten

7. Reizschwelle

Besondere Empfindlichkeit gegenüber sensorischen Reizen wie Licht, Geräusche, Temperatur etc.

Beeinflussung des Verhaltens durch Lärm

Reaktionen (auch Verhalten) auf stärkere sensorische Reize

Hat P öfters das Gefühl, unter vergleichbaren Belastungen "aus der Haut fahren" zu können?

Empfänglichkeit und Empfindlichkeit für taktile Reize

Beeinträchtigung der Einschlafphase durch Außenreize

Störbarkeit des Schlafes durch Außenreize

(Frauen:) Art, Ausmaß und Umgang mit prämenstruellen Verstimmungen

Wahrnehmung und Erleben von Krankheitsanzeichen

Bereitschaft auf stärkere Außenreize mit körperlichen Beschwerden zu reagieren

Wird P häufiger für besonders sensibel, zerbrechlich, zart und schwach oder als Person angesehen, die mit Glacéhandschuhen angefaßt werden muß?

Suche nach starken Außenreizen

Stimulierende und evtl. belebende Wirkung teilweise extremer sensorischer Reize wie z. B. sehr laute Musik

Wie wird die Umstellung von einer reizarmen auf eine reizintensive Umgebung und umgekehrt erlebt?

8. Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen

Ausmaß und Intensität körperlicher Aktivitäten

Zwanghaft-dranghaftes Aktiv-Sein-Müssen

Vorherrschende Reaktionsweisen affektiv bestimmt und erregt versus ruhig und besonnen

Übersteuerte versus unterkontrollierte Reaktions- und Verhaltensweisen

Art und Ausmaß von Stimmungsschwankungen

Werden P's Reaktionen häufiger als dramatisierend oder überschießend angesehen?

Gleichbleibende (evtl. stereotype) Höflichkeit, Wohlverhalten, unauffällige Angepaßtheit

Gleichbleibender (evtl. stereotyper) Trotz, Boshaftigkeit, Gehässigkeit und Aufsässigkeit

Geduld versus Ungeduld

Reaktionen auf Versagungen unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung

Häufigkeit und Intensität von Frustrationserleben

Toleranz gegenüber Frustrationen

Toleranz von und Reaktionen auf Angstgefühle

Ausmaß zwanghaft-dranghafter Bedürfnisse zu handeln und sich mitzuteilen

Spontaneität des Gefühlsausdrucks

Fähigkeit zum Ausdruck von Bedürfnissen

Ausweichen in bedürfnisbefriedigende Tagträumereien

Auslöser für Gefühle wie Ärger, Groll, Wut oder Haß

Art und Intensität des Ausdrucks von Gefühlen wie Ärger, Groll, Wut oder Haß

Ausdrucksformen von Ärger, Groll, Wut oder Haß

Rechthabereien

Destruktive Impulshandlungen, auch physische Attacken auf andere

Selbsteinschätzung der Steuerung von Gefühlen wie Ärger, Groll, Wut oder Haß

Auslöser für und Häufigkeit von Gefühlen wie Traurigkeit, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung

Toleranz gegenüber und Umgang mit depressiven Affekten und Stimmungen

Gedanken an den eigenen Tod, Selbstmordgedanken, evtl. auch Selbstmordhandlungen

Selbsteinschätzung des Umgangs mit Gefühlen wie Traurigkeit, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung

Wege sexueller Bedürfnisbefriedigung

Art, Anlässe und Häufigkeit autoerotischer Befriedigungshandlungen

Häufigkeit und Intensität sexueller Phantasien im Verhältnis zu sexuellen Befriedigungshandlungen

Anlässe für außergewöhnliche Intensivierung sexueller Bedürfnisse

Toleranz gegenüber und Fähigkeit zum Aufschub von sexuellen Bedürfnissen

9. Denkprozesse, Konzentrationsfähigkeit

Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit und Konzentration durch innere oder äußere Reize

Konstanz von Aufmerksamkeitszuwendung

Störbarkeit der fokussierenden Konzentration durch eigene Gedanken

Vergeßlichkeit

Alter in erster Kindheitserinnerung

Art und Ausmaß zwanghaft sich aufdrängender Gedanken

Erleben von Steuerbarkeit der eigenen Gedanken

Als für andere nicht verständlich erlebte eigene Ideen und Gedanken

Sinnverstehen

Erfassen von zentralen Bedeutungsgehalten

Abstraktionsvermögen, z. B. Finden von Gemeinsamkeiten

10. Kompetenz

Selbsteinschätzung der Effektivität des eigenen Verhaltens im Verhältnis zu den eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten

Faktoren, die P selbst für die Ursache seiner ggfs. erlebten geringen Wirksamkeit und Effektivität angibt

Selbstbeurteilung von Einfluß

Bedeutung, die es für P hat, "die Dinge in der Hand zu haben"

Wie schätzt P sein Handeln und Verhalten im Verhältnis zu den an sich selbst gestellten Erwartungen ein?

Erlebt P häufiger, daß er mehr aus sich und seinem Leben hätte machen können?

Hat P gelegentlich oder häufiger das Gefühl, sein eigenes Leben verpaßt zu haben? Welche Gründe und Ursachen werden dafür ggfs. angegeben?

Erleben von Schicksalhaftigkeit in bezug auf die eigene Person und das eigene Leben

Wie weit erlebt P, Herr seines eigenen Schicksals zu sein?

Wahrgenommene und vorgestellte Perspektiven und Möglichkeiten, sich selbst zu verändern, um eigene Wünsche, Bedürfnisse und Ziele zu erreichen

Wahrnehmen und Erleben von Perspektiven und Möglichkeiten, auf die Umwelt Einfluß zu nehmen, um eigene Wünsche, Bedürfnisse und Ziele zu befriedigen bzw. zu erreichen

11. Synthese und Integration

Umstellungsfähigkeiten auf Veränderungen hin

Irritierbarkeit durch Veränderungen

Irritierbarkeit durch Unterbrechungen in der alltäglichen Routine

Ablenkbarkeit und Irritierbarkeit bei der Bewältigung einer Aufgabe dadurch, daß eine zweite hinzukommt

Kann P evtl. mehrere Aktivitäten oder Aufgaben parallel durchführen bzw. bearbeiten?

Erlebt P, daß man nur eines "wirklich" sein kann, z. B. entweder Führer oder Geführter, entweder Schüler oder Lehrer, nicht aber beides?

Vereinbarkeit komplementärer Rollen in der eigenen Person

Fähigkeit der Integration verschiedener Tätigkeits- und Aufgabenbereiche sowie Rollen:

(Frauen z. B.:) Mutter - Berufstätigkeit

(Männer z. B.:) Hausarbeit-Berufstätigkeit

Wie werden verschiedene Tätigkeitsbereiche und Rollen zugleich ggfs. tatsächlich von P integriert und bewältigt?

Versucht P, verschiedene Qualitäten des Erlebens in verschiedenen Bereichen seines Lebens gleichsam zu sektorisieren? (z. B.: "Arbeit ist Arbeit und Spiel ist Spiel")

Anlässe für und Häufigkeit von Verhaltensweisen oder Äußerungen, die P - seinem eigenen Erleben zufolge - eigentlich nicht entsprechen

Anlässe, Häufigkeit und Intensität von Gefühlen der Selbstentfremdung

Organisierung der Alltagsroutine

Toleranz gegenüber und Reaktionen auf unvorhergesehene Unterbrechungen der Organisation der Alltagsroutine

Lebensziele und -perspektiven

Lebensstil: zufällig ("in den Tag hinein") versus auf die Zukunft hin geplant

Erleben von und Toleranz gegenüber unerledigten oder nicht zum Abschluß gebrachten Aufgaben und Aktivitäten ("loose ends")

Erlebt P häufiger, daß Aufgaben und Aktivitäten unbedingt und wie zwanghaft zum Abschluß gebracht werden müssen?

Toleranz gegenüber anstehenden, aber noch ungelösten Problemen

LITERATUR

ABRAHAM, K.:
Psychoanalytische Studien I und II
Frankfurt: Fischer 1971

ALEXANDER, F.:
Psychosomatische Medizin.
Berlin: de Gruyter 1951

ALEXANDER, F.:
Grundzüge der psychosomatischen Forschung.
In: OVERBECK, G.; OVERBECK, A. (Hg.): Seelischer Konflikt und körperliches Leiden.
Reinbek: Rowohlt 1978

ARLOW, J. A.; BRENNER, CH.:
Grundbegriffe der Psychoanalyse. Die Entwicklung von der topographischen zur strukturellen Theorie des psychischen Systems.
Reinbek: Rowohlt 1976

BECKMANN, D.; RICHTER, H. E.:
Der Gießen-Test (GT).
Bern: Huber 1972

BECKMANN, D.; RICHTER, H. E.:
Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT).
Bern: Huber 1979

BEERMAN, H.:
Aetiology and Mechanisms in Development of Neurodermatitis.
In: NODIN, H. J. & MAYER, J. H.: Psychosomatic Medicine.
London: Henry Kimpton 1962

BELLAK, L.:
Creativity: Some random notes to a systematic consideration.
J. Proj. Techniques 22: 363, 1958

BELLAK, L.:
Free association: Conceptual and clinical aspects.
Intern. J. Psycho-Anal. 42: 9, 1961

BELLAK, L.:
Research on ego function patterns: A progress report.
In: BELLAK, L.; LOEB, L. (Eds.): The Schizophrenic Syndrome.
New York: Grune and Stratton 1969

BELLAK, L.; BELLAK, S. S.:
Handanweisung für den Kinder-Apperzeptions-Test.
(The Children's Apperception Test CAT)
Deutsche Übersetzung: W. MOOG
Göttingen: Hogrefe 1949

BELLAK, L.; HURVICH, M.:
A systematic study of ego functions.
J. Nerv. Mental Disease 148: 569, 1969

BELLAK, L.; HURVICH, M.; CRAWFORD, P.:
Psychotic egos.
Psychoanalytic Review 56: 526, 1970

BELLAK, L.; HURVICH, M.; GEDIMAN, H.K.:
Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals.
New York, London, Sydney, Toronto: Wiley & Sons 1973

BELLAK, L.; LOEB, L.:
The Schizophrenic Syndrome.
New York: Grune and Stratton 1969

BELLAK, L.; ROSENBERG, S.:
Effects of anti-depressant drugs on psychodynamics.
Psychosomatics 7: 106, 1966

BLANCK, G.; BLANCK, R.:
Angewandte Ich-Psychologie.
Stuttgart: Klett-Cotta 1978

BLANCK, G.; BLANCK, R.:
Ich-Psychologie II.
Stuttgart: Klett-Cotta 1980

BORELLI, S.:
Psyche und Haut.
In: GOTTRON, H. A. (Hg.): Grundlagen und Grenzgebiete der Dermatologie. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk 8. Band
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1967

BOUVET, M.
La relation d'objet
Paris: Payot 1967

BROWN, D. G.:
Emotional disturbance in eczema: A study of symptom-reporting behavior.
J. Psychosom. Research 11: 27, 1967

CHAMPION, R. H.; PARISH, W. E.:
Atopic Dermatitis.
In: ROOK, H. A.; WILKINSON, D. S.; EBLING, J. G. (Eds.): Textbook of Dermatology
Oxford: Blackwell 1972[2]

CLEVELAND, S. E.; FISHER, S.:
Psychological factors in the neurodermatoses.
Psychosom. Med. 18: 209, 1956

DEUTSCH, F. (Ed.):
On the Mysterious Leap From the Mind to the Body.
New York: International Universities Press 1959

DÖBERT, R.; NUNNER-WINKLER, G.:
Adoleszenzkrise und Identitätsbildung.
Frankfurt: Suhrkamp 1979

DREWS, S.; BRECHT, K.:
Psychoanalytische Ich-Psychologie. Grundlagen und Entwicklung.
Frankfurt: Suhrkamp 1975

DÜHRSSEN, A.:
Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978[12]

EDFORS-LUBS, D. L.:
Allergy in 7000 twin pairs.
Acta Allergologica 26: 249, 1971

EISNITZ, A. J.:
Narzißtische Objektwahl, Selbstrepräsentanz.
Psyche 23: 419, 1969

ENGEL, G. L.:
Colitis ulcerosa.
In: von UEXKÜLL, Th. (Hg.) : Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 1979

ERIKSON, E. H.:
Kindheit und Gesellschaft.
Stuttgart: Klett 1961

ERIKSON, E. H.:
Identität und Lebenszyklus.
Frankfurt: Suhrkamp 1973

FASSHEBER, P.:
Zur experimentellen Analyse der interpersonellen Kommunikation von psychosomatisch Erkrankten.
Zschr. Psychsom. Med. 22: 7, 1976

FEDERN, P.:
Ich-Psychologie und die Psychosen.
Bern, Stuttgart: Huber 1956

FENICHEL, O.:
The Psychoanalytic Theory of Neurosis.
New York: Norton 1945

FERENCZI, S.:
Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes (1913).
In: Ders.: Schriften zur Psychoanalyse I
Frankfurt: Fischer 1970

FERENCZI, S.:
Schriften zur Psychoanalyse I.
Frankfurt: Fischer 1970

FERENCZI, S.:
Schriften zur Psychoanalyse II.
Frankfurt: Fischer 1972

FETSCHER, R.:
Das Selbst und das Ich.
Psyche 35: 616, 1981

FREEDMAN, D. A.:
The effect of sensory and other deficits in children on their experience of people.
J. Amer. Psychoanal. Assn. 29: 831, 1981

FREUD, A.:
Das Ich und die Abwehrmechanismen.
München: Kindler 1964

FREUD, A.:
Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung.
Bern, Stuttgart: Huber/Klett 1969

FREUD, S.:
Studien über Hysterie.
GW I, 1895

FREUD, S.:
Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität.
GW VII, 1908

FREUD, S.:
Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit.
GW X, 1916

FREUD, S.:
Das Ich und das Es.
GW XIII, 1923

FÜRSTENAU, P.:
Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Eine Auseinandersetzung mit Heinz Hartmann.
Jahrbuch der Psychoanalyse 3: 30, 1964

GLOVER, E.:
The Birth of the Ego.
London: Allen and Unwin 1968

GRINKER, R.; WERBLE, B.; DRYE, R.:
The Borderline-Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions.
New York: Basic Books 1968

GRODDECK, G.:
Das Buch vom Es.
München: Kinder 1972[2]

HAAN, N.:
Coping and Defending. Processes of Self-Environment Organization.
New York: Academic Press 1977

HAHN, P.:
Konversion.
In: Ders. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band IX, Ergebnisse für die Medizin (1).
Zürich: Kindler 1979

HARTMANN, H.:
Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (1939).
Stuttgart: Klett 1970[2]

HARTMANN, H.:
Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs (1950)
In: Ders.: Ich-Psychologie.
Stuttgart: Klett 1972

HARTMANN, H.:
Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie.
Stuttgart: Klett 1972

HARTMANN, H.; KRIS, E.; LOEWENSTEIN, R. M.:
Notes on the theory of aggression.
Psychoanal. Study Child 3/4: 9, 1949

HARTMANN, H.; KRIS, E.; LOEWENSTEIN, R.:
Comments on the formation of psychic structure.
Psychological Issues 14: 27, 1964

HEIGL-EVERS, A.:
Einige psychogenetische und psychodynamische Zusammenhänge beim Krankheitsbild des endogenen Ekzems.
Zschr. Psychosom. Med. 12: 163, 1966

HEIGL-EVERS, A.; HEIGL, F.:
Interaktionelle Gruppenpsychotherapie.
In: HEIGL-EVERS, A.; STREECK, U. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band VIII. Lewin und die Folgen.
Zürich: Kindler 1979

HEIGL-EVERS, A.; SCHNEIDER, R.; BOSSE, K.:
Biographische Daten von endogenen Ekzematikern.
Zschr. Psychsom. Med. 22: 75, 1976

HENDRICK, J.:
Work and the pleasure principle.
Psychoanal. Quart. 12: 311, 1943

HOFFMANN, S. O.:
Neutralisierung oder autonome Ich-Energien.
Psyche 6: 405, 1972

HORN, K.:
Aspekte der Ich-Psychologie Heinz Hartmanns.
Psyche 24: 166, 1970

HÜNECKE, P.; BOSSE, K.:
Entstellung - Erleben und Verarbeitung der äußeren Erscheinung.
In: WHITLOCK, F. A.: Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten.
Erlangen: Perimed 1980

JACOBS, M. A.; FRIEDMAN, S.; FRANKLIN, M. J.; ANDERSON, L.S.; MULLER, J. J.; EISMAN, H. D.:
Incidence of Psychosomatic Predisposing Factors in Allergic Disorders.
Psychosom. Med. 28: 679, 1966

JANUS, L.:
Spezifitätsmodelle.
In: HAHN, P. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band IX. Ergebnisse für die Medizin (1)
Zürich: Kindler 1979

JAPPE, G.:
Die Entwicklung von Freuds Ich-Begriff mit Bezugnahme auf Paul Federn.
In: EICKE, D. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band II. Freud und die Folgen (1)
Zürich: Kindler 1979

JORDAN, J. M.; WHITLOCK, F. A.:
Emotions and the skin. The conditioning of scratch responses in cases of atopic dermatitis.
British J. Derm. 86: 574, 1972

KALZ, F.; WITTKOWER, E. D.; VARUSKA, G. W.; TELNER, P.; FERGUSON, S.:
Studies on vaskular skin responses in atopic dermatitis.
J. Invest. Dermatology 29: 67, 1957

KARUSH, A.; EASSER, B.; COOPER, A.; SWERDLOFF, B.:
The evaluation of ego strength: A profile of adaptive balance.
J. Nerv. Mental Disease 139:236,1964

KEPECS, J. G.; RABIN, A.; ROBIN, M.:
Atopic dermatitis. A clinical psychiatric study.
Psychosom. Med. 13: 1, 1951

KERNBERG, O. F.:
Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.
Frankfurt: Suhrkamp 1978

KLEIN, G. S.:
Psychoanalytic Theory.
New York: Intern. Univ. Press 1976

KOCSARD, E.; OFNER, F.; BROE, G. A.:
Paradox temperature response in atopic dermatitis.
Dermatologica 146: 8, 1973

KOHUT, H.:
The restoration of the self.
New York: Intern. Univ. Press 1977

KRICHHAUFF, G.:
Bemerkungen zu genetischen und neurosenstrukturellen Faktoren bei endogenen Ekzemen.
Zschr. Psychosom. Med. 2: 184, 1955

KRIS, E.:
Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy.
Psychoanal. Quart. 20: 15, 1951

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B.:
Das Vokabular der Psychoanalyse.
Frankfurt: Suhrkamp 1972

LEVY, R. J.:
The Rorschach Pattern in Neurodermatitis.
Psychosom. Med. 14: 41, 1952

LINCKE, H.:
Instinktverlust und Symbolbildung.
Berlin: Quadriga 1981

MAC LAUGHLIN, J. T.; SHOEMAKER, R. J.; GUY, W. B.:
Personality factors in atopic eczema.
Arch. Derm. Syph. 68: 506, 1953

MAHLER, M. S.:
Symbiose und Individuation.
Stuttgart: Klett 1972

MARMOR, J.; ASHLEY, M.; TABACHNIK, N.; STORKMAN, M.; McDONALD, F.:
The motherchild relationship in the genesis of neurodermatitis.
Arch. Derm. Syph. 74: 599, 1956

MARTY, P.:
Die "allergische Objektbeziehung" (1957)
In: BREDE, K. (Hg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.
Frankfurt: Fischer Athenäum 1974

MARTY, P.:
Klinische Bemerkungen und Hypothesen zur Ökonomie der Allergie (1969)
In: BREDE, K. (Hg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.
Frankfurt: Fischer Athenäum 1974

MILLER, A.:
Zur Behandlungstechnik narzißtischer Neurosen.
Psyche 25: 641, 1971

MILLER, H.; BARUCH, D. W.:
A study of hostility in allergic children.
Amer. J. Orthopsych. 20: 506, 1950

MILLER, M. L.:
Psychodynamic mechanisms in a case of neurodermatitis.
Psychsom. Med. 10: 309, 1948

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L.; BAKER, L.:
Psychosomatische Krankheiten in der Familie.
Stuttgart: Klett-Cotta 1981

MORGAN, C. D.; MURRAY, H. A.:
A method for investigating fantasies: The thematic apperception test.
Arch. Neurol. Psychiatr. 34: 289, 1935

DE M'UZAN, M.:
Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken.
In: OVERBECK, G.; OVERBECK, A. (Hg.): Seelischer Konflikt — körperliches Leiden
Reinbek: Rowohlt 1978

NEMIAH, J. C.; SIFNEOS, P. E.:
Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders.
In: HILL, O. W. (Ed.): Modern Trends in Psychosomatic Medicine.
London: Butterworths 1970

NEMIAH, J. C.; SIFNEOS, P. E.:
Psychosomatic illness: A problem in communication.
Psychother. Psychosom. 18: 154, 1970

OBERMAYER, M. E.:
Probleme der Psychodermatologie und ihre Bedeutung für die Praxis.
In: MARCHIONINI, A. (Hg.): Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie, Bd. IV.
Heidelberg: Springer 1961

POPPER, K. R.; ECCLES, J. C.:
The Self and Its Brain.
New York: Springer 1977

PÜRSCHEL, W.:
Neurodermitis und Psyche.
Zschr. Psychosom. Med. 22: 62, 1976

RAD, M. von:
Weiterentwicklung psychoanalytischer Modelle.
In: HAHN, P. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band IX. Ergebnisse für die Medizin (1).
Zürich: Kindler 1979

RAD, M. von:
Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptombildungen.
Nervenarzt 51: 512, 1980

RAD, M. von:
Zur Theorie und Therapie psychosomatisch Kranker.
Zschr. Psychosom.Med. 27: 1, 1981

RAJKA, G.:
Atopic Dermatitis.
London: W. B. Saunders 1975

RAPAPORT, D.:
Die Struktur der psychoanalytischen Theorie.
Stuttgart: Klett 1970[2]

RECHENBERGER, I.:
Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1976

RECHENBERGER, I.:
Zur Psychodynamik eines Patienten mit endogenem Ekzem und Asthma bronchiale.
Zschr. Psychsom. Med. 22: 71, 1976

RECHENBERGER, I.:
Dermatologie.
In: Hahn, P. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band IX. Ergebnisse für die Medizin.
Zürich: Kindler 1979

RICHTER, H. E.:
Eltern, Kind und Neurose.
Reinbek: Rowohlt 1967

RICHTER, H. E.; STROTZKA, H.; WILLI, J. (Hg.):
Familie und seelische Krankheit.
Reinbek: Rowohlt 1976

ROGERSON, C. H.:
Psychological factors in skin disorders.
British J. Dermatol. Syph. 59: 6, 1974

ROSENTHAL, M. J.:
Psychosomatic study of infantile eczema.
Pediatrics 10: 581, 1952

ROTHSTEIN, A.:
The ego: An evolving construct.
Int. J. Psycho-Anal. 62: 435, 1981

SANDLER, J.; DARE, Ch.; HOLDER, A.:
Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie.
Stuttgart: Klett 1973

SANDLER, J.; ROSENBLATT, B.:
The concept of the representational world.
Psychoanal. Study Child 17: 128, 1962

SCHAFER, R.:
A New Language for Psychoanalysis.
New York: Intern. Univ. Press 1976

SCHNEIDER, P.-B.:
Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin.
Psyche 27: 21, 1973

SCHOENBERG, B.; CARR, A. C.:
An investigation of criteria for brief psychotherapy of neurodermatitis.
Psychosom. Med. 25: 253, 1963

SCHULTZ-HENCKE, H.:
Einführung in die Psychoanalyse.
Jena: Fischer 1927

SCHULTZ-HENCKE, H.:
Der gehemmte Mensch.
Stuttgart: Thieme 1940

SCHULTZ-HENCKE, H.:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Stuttgart: Thieme 1951

SCHUR, M.:
Zur Metapsychologie der Somatisierung (1955).
In: BREDE, K. (Hg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.
Frankfurt: Fischer Athenäum 1974

SCHUMACHER, W.:
Bemerkungen zur Theorie des Narzißmus.
Psyche 24: 1, 1970

SCHWIDDER, W.:
Grundsätzliches zur Entstehung psychosomatischer Krankheitssymptome.
Zschr. Psychosom. Med. 5: 238, 1958

SCHWIDDER, W.:
Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin. Neue Ergebnisse und heutiger Stand der Forschung.
In: SALZMANN, L.; SCHWIDDER, W.; WESTERMAN HOLSTIJN, A. J. (Hg.): Fortschritte der Psychoanalyse III.
Göttingen: Hogrefe 1968

SCHWIDDER, W.:
Schriften zur Psychoanalyse der Neurosen und Psychosomatischen Medizin.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1975

SEITZ, P.F.D.:
Dynamically oriented brief psychotherapy:
Psychocutaneous excoration syndroms.
Psychosom. Med. 15: 200, 1953

SIFNEOS, P. E.:
Problems of psychotherapy of patients with alexithymia characteristics and physical disease.
Psychother. Psychosom. 26: 65, 1975

SPITZ, R.:
Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen.
Stuttgart: Klett 1957

SPITZ, R. A.:
Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung.
Frankfurt: Fischer 1972

STEPHANOS, S.:
Das Konzept der "pensée opératoire" und das psychosomatische Phänomen.
In: UEXKÜLL, Th. von (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg 1979

STEPHANOS, S.; AUHAGEN, U.:
Objektpsychologisches Modell auf der Bais der französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte.
In: HAHN, P. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band IX. Ergebnisse für die Medizin (1).
Zürich: Kindler 1979

STERN, E.:
Psychosomatische Medizin und Hauterkrankungen.
Zschr. Psychosom. Med. 2: 161, 1955/56

STIERLIN, H.:
Das Tun des einen ist das Tun des anderen.
Frankfurt: Suhrkamp 1971

STIERLIN, H.:
Eltern und Kinder im Ablösungsprozeß.
Frankfurt: Suhrkamp 1975a

STIERLIN, H.:
Von der Psychoanalyse zur Familientherapie.
Stuttgart: Klett 1975b

STIERLIN, H.:
Psychosomatische Erkrankungen als Störungen der
Differenzierung und Integration.
Familiendynamik 1: 272, 1976

STIERLIN, H.; WIRSCHING, M.; KNAUSS, W.:
Family Dynamics And Psychosomatic Disorders.
11th European Conference on Psychosomatic Research
Heidelberg 1976

STOKES, J. H.; BEERMAN, H.:
Psychosomatic correlations in allergic conditions:
A review of problems and literature.
Psychosom. Med. 2: 438, 1940

STREECK, U.:
"Definition der Situation", soziale Normen und
interaktionelle Gruppenpsychotherapie.
Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik 16: 209, 1980

STREECK, U.:
Zwischen Drinnen und Draußen: Zur doppelten Orientierung
sozialer Aufsteiger.
Zschr. Psychosom. Med. 27: 25, 1981

STREECK, U.:
Das endogene Ekzem bei Kindern und Erwachsenen aus psychoanalytischer Sicht.
In: BIERMANN, W. (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Band IV.
München: Reinhardt 1981

THOMÄ, H.:
Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion.
Psyche 16: 801, 1963

THOMÄ, H.:
Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitits mit zwanzigjähriger Katamnese.
Psyche 34: 389, 1980

WEST, J. R.; KIERLAND, R. R.; LITIN, E. M.:
Atopic dermatitis and hypnosis.
Arch. Dermatology 84: 579, 1961

WHITE, R. W.:
Ego and Reality in Psychoanalytic Theory: A Proposal Regarding Independent Ego Energies.
New York: Intern. Univ. Press 1963

WHITLOCK, F. A.:
Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten.
Erlangen: Perimed 1980

WILLIAMS, D. H.:
Management of atopic dermatitis in children: Control of the maternal rejection factor.
Arch. Derm. Syph. 63: 545, 1951

WIRSCHING, M.:
Familientherapie.
In: HAHN, P. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band IX. Ergebnisse für die Medizin (1).
Zürich: Kindler 1979

WINNICOTT, D. W.:
Primäre Mütterlichkeit.
Psyche 14: 393, 1960

WITTKOWER, E.; RUSSEL, B.:
Emotional Factors in Skin Diseases.
New York: Hoeber 1953

ZANDER, E.; ZANDER, W.:
Die Neo-Psychoanalyse von Harald Schultz-Hencke.
In: EICKE, D. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts.
Band III. Freud und die Folgen (2).
Zürich: Kindler 1977

ZEPF, S.:
Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.
Frankfurt: Campus 1976

ZEPF, S.:
"Pensée opératoire" und die Todestrieb-Hypothese.
Kritische Anmerkungen zum theoretischen Konzept
der französischen psychosomatischen Schule.
Psyche 36: 123, 1982

ZEPF, S.; KÜNSEBECK, H. W.; SITTARO, N.:
Untersuchungen zum Selbstwertgefühl von Patienten
mit Colitis ulcerosa.
Psyche 35: 142, 1981a

ZEPF, S.; KÜNSEBECK, H. W.; SITTARO, N.:
Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung
bei Patienten mit Colitis ulcerosa.
Zschr. Psychosom. Med. 27: 59, 1981b